FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 26

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme MUNZENBERGER, née KIFFER, Gaëtane

le 12 Novembre 1901 à Paris

ex-externe des Hôpitaux de Strasbourg.

Considérations sur la grossesse et la tuberculose

(42 cas d'interruption de la grossesse de 1919 à 1930)

Président: M. REEB, PROFESSEUR

IMPRIMERIE MODERNE STRASBOURG
CH. MOSSMANN
PLACE BENJAMIN ZIX — RUE DES DENTELLES
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1930 N° 26

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme MUNZENBERGER, née Kiffer, Gaëtane
le 12 Novembre 1901 à Paris
ex-externe des Hôpitaux de Strasbourg.

Considérations sur la grossesse et la tuberculose

(42 cas d'interruption de la grossesse de 1919 à 1930)

Président : M. REEB, PROFESSEUR

IMPRIMERIE MODERNE STRASBOURG
CH. MOSSMANN
PLACE BENJAMIN ZIX — RUE DES DENTELLES
1930

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Assesseur		MERKLEN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embriologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✻ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I. N....
Clinique chirurgicale		LETRICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ A.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ✪ A.
BELLOCQ ✪ I.
FONT .S ✪ A.
GÉRY ✪ A.
SCHWARTZ ✪ A.

Chargés de Cours et Agrégés:

MM. BLUM (Paul) ✻ ✪ I.
GELMA ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KELLER ✪ A.
LAROUSSE
SIMON ✻
VAUCHER ✪ A.
WEISS A,

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548014_0003

A la mémoire de mon Maître

LE PROFESSEUR GUSTAVE SCHICKELÉ,

avec toute ma reconnaissance,
pour ce qu'il m'a été ;

avec tout mon lourd regret,
pour ce que serait devenue l'orientation
de mon travail et de ma vie, s'il l'avait
dirigée quelques années encore.

A MON MAITRE LE DOCTEUR REEB,

Professeur de la Clinique obstétriale et gynécologique

qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; en témoignage de reconnaissance pour m'en avoir facilité l'exécution par ses précieux conseils.

AVANT-PROPOS.

«Je sais que je ne sais rien».

Ce n'est pas sans un sentiment d'amertume, qu'arrivé au terme «théorique» de ses études, on regarde la route parcourue, et le gouffre séparant les ambitions enthousiastes de l'adolescence, des médiocres réalisations d'une jeunesse en partie terminée.

On évalue le poids des erreurs personnelles. C'est là le plus léger. Car tant pis pour celui qui n'a su profiter des occasions offertes. Il avait du moins sa liberté d'action, et son état actuel n'est que la conséquence de sa libre conduite.

Mais que dire des circonstances extérieures, maladies, morts, et autres? que dire d'avoir été retenu par des obstacles banaux et pourtant insurmontables; détourné par des barrières de mauvais vouloir ou d'indifférence; tant et si bien que la force juvénile s'effrite peu à peu; et que l'effort quotidien, lui-même, ne porte plus que des fruits forcés et sans parfum? Voilà la fatalité contre laquelle on s'indigne, car elle ne vous était pas due; et c'est en vain que l'on s'ingéniera contre elle; le mal est fait et les jours révolus.

Alors de quelle reconnaissance, de quel affectueux respect, ne paie-t-on pas ceux qui vous aidèrent bénévolement à aplanir votre route, et voulurent préparer votre avenir; qui vous considérèrent autrement que comme un numéro d'une foule encombrante, et cherchèrent à faire éclore votre personnalité?

A la veille de ma carrière c'est à ceux-là, qui surent se rappeler que «Maître» signifie non seulement «Professeur» mais encore «Directeur», et que le haut honneur d'enseigner se double d'un devoir, que va la gratitude dont mon cœur est rempli:

A mon premier Maître, GEORGES BOHN, le philosophe biologiste, dont le vaste esprit me révèla un monde insoupçonné et merveilleux; dont les entretiens me donnèrent confiance en moi; dont l'humaine compréhension savait concilier les hypothèses de la plus ardue des sciences avec les manifestations d'art les plus raffinées, et qui ne rougissait pas de les unir dans ses écrits. Type achevé du savant génial et sensitif, modeste et accueillant, il m'enseigna la voie que je devais suivre, et mit dans ma vie un idéal que, du moins, je n'ai pas trahi, si je ne l'ai pas servi comme il l'avait pensé.

Au Professeur BORREL, qui m'ouvrit généreusement ses laboratoires de bactériologie et me procura de cette manière, l'insigne fortune de travailler trois ans quotidiennement aux côtés du docteur BOEZ;

jeune maître plein de bon vouloir, de courtoisie modeste et de savoir caché; dont la Faculté de Strasbourg ne regrettera jamais assez la disparition prématurée pour tout ce qu'il aurait pu lui donner au temps de sa pleine maturité.

Au Professeur BOUIN, dont j'ai, pendant quatre ans, fréquenté le remarquable Institut d'Histologie. DIRECTEUR magnifique qui pouvait s'oublier, négliger son œuvre propre au profit du développement de ses collaborateurs. Qui savait diriger leurs tendances vers un but de recherches appropriées. Qui ne souriait jamais d'une proposition jeune ou inexpérimentée, mais en faisait le point de départ d'un travail intéressant; le poussait, l'élaguait... et en laissait l'entier mérite à celui qui l'avait amorcé. Qui donnait des idées et n'en reprenait jamais une miette. HOMME de CŒUR, qui en dehors de l'épanouissement intellectuel et personnel de ses élèves, s'intéressait à leur vie matérielle; dirigeait leur avenir; leur choisissait des postes, les aidait à les conquérir. PROFESSEUR extraordinaire qui savait, par des idées précises, des paroles nuancées, dont chacune, sans en avoir l'air, avait un but défini; par des entretiens quotidiens, particuliers, d'une bonhommie souriante et d'une profondeur délicieusement voilée, «accoucher une âme», suivant l'expression de Socrate, sans jamais la léser. CONFERENCIER réalisant ce tour de force de suspendre à sa parole, sans une lassitude, deux cents étudiants, à l'ordinaire distraits, pour leur faire entrevoir les plus actuelles données de la biologie. DE-

MENTI PERSONNIFIE à ceux qui prétendent que l'obtention d'une chaire ou d'un poste similaire ne comporte nulle obligation vis-à-vis des jeunes, et prônent dans cette fonction le simple droit à des possibilités de travail plus étendues, et à des recherches égoïstes.

Qui a pu l'approcher avant les scolaires déformations, garde de son emprise, spirituelle et morale, une marque indélibile et une admiration sans borne.

Puis lorsque des conditions nouvelles me forcèrent à abandonner le *laboratoire* au profit de la *clinique,* que la *spéculation* dut reculer devant *l'action;* après mon entrée dans «*la maison de Schickelé*» où j'ai passé 3 ans en y remplissant successivement les fonctions d'externe et d'assistant volontaire je me tourne vers:

Le docteur KELLER. *Clinicien* à l'esprit clair et précis, qui sait synthétiser pour ses élèves les données de son savoir et de son expérience, et faire travailler ceux-ci sous une autorité d'autant mieux respectée qu'elle n'est jamais injuste. *Homme* qui s'est tracé une ligne de conduite rigide et haute, et qui s'efforce de la suivre scrupuleusement.

Cela suffit à montrer ce qu'il a été pour moi, comme pour beaucoup d'autres... Dans ma vie pro-

fessionnelle: un guide et un animateur. Dans mon existence privée: l'ami des mauvais jours.

Ses collaborateurs, les docteurs BURGER et GINGLINGER, alors mes chefs immédiats, auxquels, en dehors de mon estime pour leurs qualités morales et professionnelles, j'offre ici la gratitude d'un amour propre et d'une dignité humaine qu'ils surent ne jamais offenser, dans les rapports constants de chef de service à jeune médecin.

Le professeur REEB, successeur de Schickelé, sous le signe de qui se termine cette phase de mon existence. Que j'ai trop peu connu et dans les circonstances trop pénibles pour l'avoir pu juger, du premier jour à sa juste valeur; mais «un modeste» car le recul lui est favorable; de combien peut-on dire cela? Affranchi de dogmatisme, il sait mettre, dans une rare simplicité et avec une extraordinaire patience, le fruit de son travail au service de ses élèves; leur donnant l'aide la plus efficace lors de l'élaboration de leurs publications. Ne transformant jamais «son art» en une mathématique, mais se basant, au contraire sur de pénétrantes observations sociales, il demeure un Maître très charmant; gai avec une pointe de gaulois septicisme; fantaisiste imprévu, affable le plus souvent, courtois à tous les instants, rendant ainsi légères les fonctions remplies dans son service. Au

demeurant parfait «honnête homme», au sens du Grand Siècle, ce qui signifiait cultivé et du monde.

Ceux qui m'ont été bienveillants d'une quelconque manière à un quelconque moment de ma vie universitaire: les doyens WEISS et ANCEL; les Professeurs MERKLEN, LERICHE et ROHMER.

Et, comme je viens d'en faire le serment, je rendrai à leurs enfants ce que j'ai reçu d'eux.

Strasbourg, 24 Juin 1930.

Première Partie

HISTORIQUE ET APERÇU GÉNÉRAL

PREFACE

Je n'ai pas ici l'ambition de prendre parti en cette universelle et éternelle discussion sur la légitimité des interruptions de grossesse dans les cas de tuberculose évolutive. Ceci serait infiniment au-dessus de ma compétence, et c'est à nos maîtres qu'il appartient de juger.

Je désire simplement présenter la statistique des cas d'interruption de grossesse chez des tuberculeuses, que nous avons eus à la Faculté de Médecine de Strasbourg de *Novembre* 1918 *à Juin* 1930. Statistique dont chaque cas sera discuté pour résumer la ligne de conduite rigide, dont Schickelé, ses collaborateurs et ses élèves ne se sont jamais départis.

Ces cas ont été traités chacun dans l'une des deux cliniques obstétricales de l'Hôpital Civil de Strasbourg: La Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté de Médecine, et l'Ecole Départementale d'Accouchement (ou Ecole des Sages-Femmes), sous les directions respectives de:

CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE DE LA FACULTE

de Novembre 1918 à Avril 1927: Professeur Schickelé;
d'Avril 1927 au 1er Novembre 1928: Docteur Keller, (Chargé de Cours);
depuis le 1er Novembre 1928: Professeur Reeb.

ECOLE DEPARTEMENTALE D'ACCOUCHEMENT

de 1918 à 1927: Dr Hamm, Professeur Schickelé.

Dr. Reeb, (alors chargé de cours);
d'Avril 1927 au 1er Novembre 1928: Docteur Reeb;
depuis le le 1erNovembre 1928: Docteur Keller.

et ceux-ci en liaison constante avec la Clinique Médicale A. dirigée par le Professeur P. Merklen ou la Clinique Médicale B. du Professeur L. Blum, qui donnaient les indications les plus strictes de leurs phtisiologues.

Un certain nombre de malades étant aussi envoyées par le dispensaire antituberculeux de Strasbourg que dirige le docteur Belin.

Plutôt pour remémorer des noms, des dates, des chiffres cités de multiples fois dans chaque ouvrage traitant de tuberculose et grossesse, sans renvoyer à de précédents opuscules, que pour obéir à une coutume, je dirai quelques mots des théories et statistiques qui ont été déversées sur cette immense question: influence de la grossesse sur la marche de la tuberculose, puis sur son complément: l'interruption de la grossesse; ce qui nous donnera une sorte de courbe de l'évolution des idées à ce sujet.

J'y joindrai un paragraphe sur ce trait d'union qu'on a voulu jeter récemment entre les partisans et les détracteurs de l'interruption; sur ce palliatif, *le pneumothorax artificiel* dont Rist s'est fait, en ces circonstances, l'ardent défenseur.

Enfin, j'ajouterai certaines remarques tirées des statistiques de Couvelaire sur l'avenir des enfants de tuberculeuses; car avoir un enfant de ces malades

ne veut malheureusement pas dire qu'il vivra, toute question de contagion mise à part, soit par l'isolement, soit par le B. C. G.

Cette première partie terminée, sorte d'indicateur dans les décisions à prendre, j'en aborderai une très brève, plus technique, sur les procédés d'interruption simple, d'interruption et de stérilisation, celle-ci soit temporaire, soit définitive. En disant qu'elle sont les méthodes que nous préférons à Strasbourg et les raisons que nous avons de le faire.

Je présenterai en troisième lieu la série d'observations annoncée, classée par interruption simple, interruption et stérilisation.

J'aimerai dans cette dernière partie m'étendre, en particulier sur quatre types d'observations.

Trois d'entre eux paraîtront à première vue paradoxalement placés en cette plaquette dont la raison d'être est «*les cas d'interruption de grossesse pour tuberculose à la Faculté de Médecine de Strasbourg*», car ils relateront trois sortes de cas d'interruption refusées:

pour lésions insuffisantes,
pour lésions trop évoluées,
pour grossesse trop avancée.

Mais ce sont eux, en partie, qui donneront à cette banale statistique, à titre d'exemples, le sens que je voudrais lui trouver (afin de l'excuser un peu aux regards de ceux qui firent des travaux originaux): c'est-à-dire être le résumé, non des résultats d'un travail accompli, mais de la vie agissante d'une Ecole en un domaine déterminé; mettre en mains non une

liste, non des chiffres, mais le pourquoi de cette liste et de ces chiffres.

Puis, pour montrer avec quelle conscience, quelle droiture, et quel respect des vies qu'il tenait en ses mains, notre maître Schickelé agissait, comme après lui ses élèves, je donnerai in-extenso cette dernière observation qui est une longue discussion sur un cas pour en légitimer l'intervention, dans les plus infimes détails, et répondre à toutes les objections de l'esprit le plus timoré.

Suivront les résumés des 42 observations.

Et je ne conclurai pas, pour les raisons que j'ai énoncées.

Mais peut-être le lecteur dira comme Sergent «*Si le médecin croit en conscience que l'interruption de la grossesse peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter*».

CHAPITRE I

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

Avant de présenter, suivant les différents auteurs, la discussion de la légitimité des avortements thérapeutiques dans les cas de grossesse chez des tuberculeuses, il est normal de rappeler comment l'idée de la grossesse noscive apparut à l'esprit des anciens médecins; comment elle se continua de nos jours, jusqu'à être le premier pas vers l'interruption de cette grossesse, acte qui sembla la conséquence logique de ces nouvelles données.

HIPPOCRATE croit observer une action curative de la grossesse sur la tuberculose.

En 1770, ROZIERE de la CHASSAGNE estime que la grossesse retarde la phtisie.

CULLEN et BORDEU, s'ils ne voient aucune aggravation durant la gestation, font quelques réserves quant au post-partum qu'ils jugent dangereux.

MAURICEAU puis GRISOLLE, en 1850, les premiers «pessimistes», pensent cependant qu'après l'accouchement, la tuberculose cesse d'évoluer.

PIDOUX et PETER ont le mérite de démontrer que la fin de la gestation et les suites de couches sont les périodes les plus redoutables.

Après les discussions sans nombre, MAURICEAU, GRISOLLE, DUBREUIL, LOUIS, CHAMPETIER, TARNIER, GAULARD, représentent les «pessimistes». Tandis que, plus tard on compte parmi les «optimistes» PINARD qui en 1912, ajoute pourtant: «*Dans la grande majorité des cas, la grossesse, loin d'enrayer la phtisie pulmonaire, en accélère au contraire la marche*».

Et DUMAREST et BRETTE qui en 1922, disent qu'ils rencontrent des guérisons, tout en objectant: «*Dans de nombreux cas, nous avons vu l'évolution bacillaire aggravée et accélérée par la grossesse, et surtout les suites de couches* (Dumarest)».

Ils représentent ce que VORON appelle des «optimistes plus ou moins mitigés».

Sans passer par les multiples noms des multiples combattants autour de cette question, abordons les grands représentants des Congrès de Genève (1923) et de Lausanne (1924).

RIST, cité, dit en 1922 «*En général, lorsqu'on voit un médecin envisager avec optimisme cette coïncidence si redoutable de la grossesse et de la tuberculose, c'est que le diagnostic de la tuberculose est insuffisant ou mal fondé*».

«*En pratique, dit-il encore, toute tuberculeuse qui devient gravide, ou toute gestante chez laquelle se déclanche une tuberculose pulmonaire est menacée de mort à bref délai*».

BAR trouve 54 % d'aggravation, COMMANDEUR 90 %, LEON BERNARD 50 %, VORON, le rapporteur du Congrès de Genève, 60 %, dont il exclut les aggra-

vations survenant après la sortie de la Maternité, soit 12 jours après l'accouchement.

Ces chifres sont impressionnants.

A l'étranger, la même conviction se dégage des écrits américains (avec NORRIS et PETERSEN), chiliens (MŒNKEBERG 1925 — 50 %), danois (chez BERTRUP-HANSEN en 1917 — 36,7 % d'aggravation), italiens (MANGIAGALLI), scandinaves (PETERSON et FORSNER), suisses (TECON 61,9 % et surtout allemands.

Ces derniers sont à peu près unanimes à faire ces constatations, tels PANKOW, WINTER, KUPFERLE, SACKSE, FRANZ, et plus récemment KLEMPERER, SCHERER, qui en Mars 1929, à la séance de la Société d'Obstétrique de Berlin, présentent cette théorie comme ne prêtant plus à discussion.

Nous considérons donc comme un fait acquis, au bout d'un siècle environ de discussions, l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose. Les seules dissenssions portant soit sur le moment où se manifeste l'aggravation (1), soit sur le degré de tuberculose où cette aggravation se fait le plus sentir (2), soit sur les moyens thérapeutiques (3).

A tel point, qu'au plus récent congrès d'obstétrique, à Bruxelles, en Octobre 1929, MURET de Lausanne, rapporteur, peut énoncer que malgré des opinions encore fort divergentes, il découle cependant des nombreux travaux sur cette question, cinq points, généralement admis, qui peuvent servir de base à l'action thérapeutique; et qui sont les suivants:

1° *La tuberculose latente n'est, en général, pas aggravée pour la gestation et l'accouchement.*

2° *Une tuberculose dont le début coïncide avec celui de la grossese donne un mauvais pronostic en s'aggravant rapidement.*

3° *La tuberculose en évolution subit en général une aggravation sensible par le processus de la parturition.*

4° *La tuberculose du larynx, toujours grave par elle-même progresse rapidement lorsque la malade devient enceinte.*

5° *Les circonstances extérieures, le milieu, la possibilité d'une hygiène et d'un traitement rationnel (Sanatorium, pneumothorax, etc.) exercent une influence importante sur le cours de la tuberculose pendant la gestation, l'accouchement et le post-partum.*

---

(1) SERGENT (Congrès de Genève): dès le début de la gestation, ou au cours de son évolution, ou après l'accouchement.

(2) SCHERER: dans les tuberculoses manifestes dites actives ou évolutives, opposées aux tuberculoses latentes dites inactives.

(3) WINTER, DUMAREST: suivant le stade Turban de la tuberculose. Ecoles dites allemandes, primitivement très intervensionnistes, Ecoles dites françaises, extrêmement conservatrices.

CHAPITRE II

AVORTEMENT THÉRAPEUPTIQUE

Lorsque les auteurs eurent constaté l'aggravation que la tuberculose recevait du fait de la grossesse, ils conclurent fort logiquement que la guérison du mal se trouverait dans la suppression de sa cause; d'où l'idée, pour cette affection, de l'avortement thérapeutique.

Celui-ci n'était pas une nouveauté. D'après HARTEMANN, il avait été pratiqué depuis les temps les plus reculés.

Chez les Hébreux, les historiens JOSEPHE et SELDEN en parlent.

En Grèce, il est conseillé par SORANUS d'Ephèse et HIPPOCRATE. PLATON, ARISTOTE le légitiment socialement.

A Rome, MOSCHIUS, THEODORUS PRICIANUS, AETEUS le recommandent.

On le retrouve dans l'Ecole Arabe (ALI-BEN--ABBAS, AVICENNE).

Au Moyen-Age, étant donné l'influence de l'Eglise, il en est peu question.

Durant le XVI[e] siècle, il est préconisé par GUILLEMAU, LOUISE BOURGEOIS, puis plus tard MAURICEAU. (Dans un cas d'hémorragie menaçante pour la mère.)

En 1868, COOPER l'étend au rétrécissement du bassin pour éviter la césarienne, alors mortelle.

Il est suivi par un grand nombre d'étrangers.

En France, sous l'influence de BAUDELOCQUE, on s'oppose à cette nouvelle conception.

En 1827, l'Académie se prononce contre l'accouchement provoqué présenté par COSTA.

DUBOIS le fait admettre et prépare ainsi la voie à l'avortement médical.

En 1852, l'Académie reconnaît la légitimité de cette intervention, lorsque la vie de la femme enceinte est directement menacée par la continuation de la grossesse.

D'après HARTEMANN, élève de FRUHINSHOLZ, ce principe n'eut jamais été contesté. Mais depuis vingt ans, on réclame l'intervention simplement pour une santé sérieusement menacée, au lieu de la réserver à une malade en danger de mort. Beaucoup de médecins ne veulent pas suivre cette indication trop large.

D'où le développement de tous les obstacles à ce mode de traitement, soit obstacles préexistants et remis en position, soit obstacles nouvellement établis.

La Loi contre l'avortement thérapeutique.

«Un autre point est la différence de sanction légale dans les divers pays. En France, la loi ne reconnaît pas dans son texte «la légitimité de l'avortement thérapeutique» (HARTEMANN).

Il est affligeant de voir que des décrets fossiles puissent encore arrêter certains progrès scientifiques.

Cependant pour l'honneur de l'intelligence médicale, nous avons vu nos maîtres passer outre devant la lettre, pour ne conserver que l'esprit de la chose.

Du reste, BUE, rapporteur au Congrès de Lyon, montre que le médecin est justifié par «*l'absence d'intention criminelle*». Il énonce trois points établis par BALTHAZARD qui mettent sa responsabilité à couvert: 1° La mère doit courir un danger extrême.

2° Ce danger doit être sous l'influence de la grossesse.

3° L'avortement thérapeutique doit le faire sûrement cesser.

Et il y ajoute:

4° L'échec complet de toute autre thérapeutique.

Pratiquement, on conseille la conduite suivante: le médecin de famille, l'obstétricien et l'interniste interrompent la grossesse; puis font un certificat légitimant leur manière d'agir et le donnent au Commissaire de Police.

Par conséquent, cette objection est en train de disparaître.

Ceci pour le mode d'application.

Au principe de l'avortement thérapeutique, dans des cas de tuberculose compliqués de grossesse s'opposent deux ordres d'objections: •

L'un que l'on peut qualifier de sentimental. Qui se dresse devant toutes les catégories d'avortements thérapeutiques, y compris celle qui nous intéresse, et se composent de considérations religieuses, morales, civiques.

L'autre d'ordre purement scientifique, s'adressant spécialement à l'affection qui nous occupe.

La religion contre l'avortement thérapeutique.

«*Dautre part,* dit encore HARTEMANN, tout de suite après le paragraphe cité plus haut, *les décisions de l'Eglise Romaine sont venues pour une part augmenter le trouble. En effet, voici* 30 *ans, elle a interdit l'avortement thérapeutique.*

«*En* 1884 *et en* 1895 *ces règles ont été édictées.*»

Cependant, HARTEMANN cite TERTULLIEN, SAINT-THOMAS, SANCHEZ, SAINT-ALPHONSE de LIGORI et des docteurs en théologie de 1778 comme plus tolérants, plus humains et plus sages.

Du reste, tant de croyants sincères (tel notre maître SCHICKELE) ont su s'incliner devant les droits de la vie adulte (IIe part., ch.IV) que l'on ne peut croire à une faute religieuse lorsque l'on suit leur exemple.

La morale contre l'avortement thérapeutique.

Dans la plupart des livres traitant de cette question et dans les différents Congrès où on en a parlé, il y a toujours eu des voix, soit citées, soit présentes, pour dire à ce sujet: «On sacrifie un être à un autre. A-t-on le droit de le faire?» Et quand on répond: «Cela se ramène à un cas de légitime défense», ces moralistes rétorquent: «Non, car l'enfant n'est pas volontairement coupable et, par conséquent, on n'a pas le droit de le sacrifier.»

A mon sens, les deux vies ne sont nullement d'égale valeur. Il serait monstrueux de les mettre en parallèle. De vouloir le sacrifice d'un être humain, utile, non seulement aux siens, mais encore à la Société; nécessaire à ses enfants, parfois aimé, parfois heureux, dont le départ plongera plusieurs personnes

dans un désespoir sans nom. D'un être humain, conscient de sa vie, de sa personnalité, attaché au monde par mille fibres, en échange d'une vie sans passé, sans conscience, sans espoir, telle que celle d'un enfant qui n'a jamais vécu, qui n'est rien, que dans le devenir, si Dieu lui prête vie, ce qui n'est pas encore certain au moment où on commet le meurtre pour lui.

Suivant SERGENT et VORON, c'est la mère qu'il est légitime de choisir. Lorsque l'on entend des médecins discuter ce point pour de vagues raisons d'idéologie morale ou autre, on a envie de leur dire: «Est-ce donc la ligne de conduite que vous suivriez si votre femme, votre sœur, votre fille en étaient l'enjeu?» Soyons alors certains qu'à moins d'être Spartiate, aucun n'agirait ainsi qu'il le préconise. Eh bien, il est plus que blâmable qu'un médecin raisonne de façon différente suivant que lui-même, sa foi, ses affections sont en cause, où celles de la foule, anonyme et lointaine.

«Qui donc, dit VORON en terminant son rapport, condamnerait le médecin qui, raisonnant en présence d'une de ses malades comme s'il s'agissait d'une de ses affections les plus chères, dirait: Je choisis la mère?»

Le civisme contre l'avortement thérapeutique.

On vient dire encore: «L'avortement thérapeutique est une faute vis-à-vis du pays, la natalité étant en diminution en France.»

Mais alors, si cette question est tellement déterminante de la conduite de tout citoyen, pourquoi est-ce toujours aux cas thérapeutiques (pourcentage mi-

nime (1)) qu'on veut l'appliquer, au risque de supprimer des mères de famille de la société; et non pas au sauvetage des 60% de nouveaux-nés qui succombent à de mauvaises conditions d'hygiène, dans des régions telles que la Savoie et la Normandie?

La science contre l'avortement thérapeutique.

Au point de vue purement médical, PINARD en 1898 avait formulé la loi suivante: «*L'avortement thérapeutique est l'interruption artificielle de la gestation au début, chez des femmes dont la vie ou un organe vital sont immédiatement et certainement menacés par une affection directement créée ou aggravée par la gestation, après échec déclaré de toute autre thérapeutique et lorsque la certitude clinique est acquise que la guérison s'en suivra.*»

On sauve alors, dit PINARD, une existence sur les deux qui étaient condamnées. C'est une *indication thérapeutique absolue.*

Pour la tuberculose, l'*indication n'est que relative,* car, d'après certains auteurs, il n'est pas démontré que l'avortement thérapeutique sauve la mère tuberculeuse, même s'il est prouvé que la grossesse aggrave la tuberculose. Et c'est là le fondement de ces multiples discussions médicales, et de tous ces savants rapports.

On a aussi opposé à l'avortement thérapeutique les résultats néfastes, au point de vue physiologique, que les auteurs russes venaient de dégager de leurs statistiques septenaires. (SERDUKOFF.)

---

(1) Nos 42 interruptions ont été faites sur 34.250 gestations, soit 0,12%.

Il semble que cela ne s'adresse qu'aux interventionnistes constants, en Allemagne par exemple. Mais en France, où le médecin est interventionniste éclectique, il n'est guère possible de mettre les désagréments remarqués en balance avec le danger mortel couru par les malades qu'il opère.

De ces deux modes d'objections, le premier ne sera transformé par l'apparition d'*aucun* fait objectif nouveau. Car ces idées, nous les portons en nous: c'est de l'évolution de nos convictions personnelles seules que peut découler une autre manière d'envisager les choses. Et si depuis le début de la civilisation, l'esprit humain parcours des cycles successifs et en général superposables, le recul des siècles prouve que le domaine moral, sensitif donc personnel, n'a qu'exceptionnellement été atteint par les faits scientifiques. Il est immuable, et c'est compréhensible, puisque le phénomène naturel s'adresse à une toute autre partie de notre complexus psychologique; c'est-à-dire à l'intelligence, facteur de réceptivité directe qui doit l'enregistrer, libre de toute influence subjective.

Cela explique que nous retrouvions les mêmes arguments, les mêmes scrupules, les mêmes oppositions, au moment où se débattent ces questions dans les différents congrès; même lorsque ceux-ci enregistrent une évolution de la conception clinique. Cela explique aussi la complexité de la question «avortement thérapeutique» dans les cas de tuberculose avec grossesse, puisqu'on y mêle les arguments qu'on pourrait nommer «éternels», aux arguments évoluant suivant les faits cliniques; et les personnels aux généraux.

Comme d'autre part, une bonne partie d'auteurs, plus dogmatiques que médicaux, cherchent à synthétiser à outrance leurs données, au lieu de reconnaître purement et simplement comme SERGENT et BAR, qu'en dehors de certains points acquis pour tous, *il y a surtout des cas d'espère,* on se trouve, lorsqu'on veut dépouiller cette littérature, en face de tant d'opinions divergentes, d'un amas d'idées si considérable, qu'on y reste englué; et qu'on ne peut guère suivre l'évolution des travaux sans jeter par-dessus bord toute cette partie plus philosophique que médicale, afin de ne conserver que les faits, et leur application la plus générale.

La question scientifique était nettement posée plus haut (page) par PINARD. Tout se réduit à ceci: L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE ARRETE-T-IL L'EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE?

La courbe des idées semble se rapprocher du oui.

En 1886, *au Congrès de Rome,* le principe de l'avortement thérapeutique est proposé par PASQUALLI ET BOMPIANI. Ils sont suivis par un certain nombre d'étrangers. En 1907, MARIANO en fait une loi en arguant que le pronontic de la lésion tuberculeuse est impossible à faire et que la valeur de l'enfant est inférieure.

Un grand nombre de médecins étrangers sont moins systématiques et interviennent dans les *trois premiers mois* d'une tuberculose évolutive.

Au Congrès de Rome de 1919, MANGIAGALLI détermine sa conduite d'après l'époque de la grossesse, l'allure clinique de la maladie, l'évaluation juste des intérêts maternels et fœtaux.

A ce moment, à l'avortement thérapeutique, on ajoutera le principe de la stérilisation pour détruire la source de danger constant.

BUMM, veut supprimer ovaires et utérus, pour obtenir un embonpoint profitable.

Comme appoint aux méthodes d'avortement systématique, on cite l'excellente statistique de MORDOWITSCH. Sur 24 cas provoqués, tous les résultats immédiats sont excellents et seuls deux éloignés sont mauvais. (Tous à la fin du troisième mois).

PANKOW et KUPFERLE ont un pourcentage d'améliorations très élevé pour les interruptions du premier tiers de la grossesse et les atteintes des sommets. Bien inférieur pour les tuberculoses plus avancées et les interruptions des deux derniers tiers de la gestation.

En 1923, *au Congrès de Genève,* on extrait des données générales des indications un peu plus réduites. S'il y a toujours d'irréductables abstentionnistes tel PINARD, RIST, COUVELAIRE, il y a maintenant moins d'interventionnistes constants. Et aux interventionnistes éclectiques se rallient des éléments provenant des deux côtés. Ne voit-on pas WALLICH et HERGOTT en 1921 admettre que dans certains cas extrêmement exceptionnels, l'avortement thérapeutique était justifiable? Puis en 1922, DELMAS. Enfin en 1923, CLEISZ juge les statistiques impressionnantes, bien que peu nombreuses.

Il semble à cette époque, que la médecine française qui avait tant réagit contre les excès des étrangers, au début de ce siècle, commence à ne plus condamner l'interruption de la gestation chez des tuberculeuses pulmonaires d'une façon aussi rigoureuse.

Car d'après les cas publiés, on ne trouve pas les «désastres» dont parlent DUMAREST et BRETTE. Ni les morts rapides attendues par RIST. Les mauvais cas sont ceux d'interruption dans des grossesses trop avancées. Et la proportion des améliorations mêmes persistantes est considérables, supérieure à 50 %.

En 1927, *au Congrès de Lyon,* ce n'est plus des différentes conceptions dans le traitement de cette affection dont l'on s'entretient, c'est du point particulier de l'avortement et le rapporteur BUE pose de but en blanc la question de la légalité de l'intervention, pour terminer son rapport sur les indications strictes de l'avortement provoqué chez des tuberculeuses évolutives, (intervention avant cinquième mois) en passant par tous les auteurs «irréductibles» (BERNARD, PISSAVY et LEJARD , COUVELAIRE) et indiquant à propos d'eux que *toute formule absolue doit être bannie de la clinique.*

Et 1929 *à Bruxelles,* voit se préciser les règles de la stérilisation.

MURET, le premier rapporteur met dans les inconvénients et les dangers de la répétition de l'avortement thérapeutique, (conséquence du danger que la répétition de la grossesse fait subir à une tuberculeuse), le point de départ de ce mode d'intervention.

Les indications en sont:

1° L'impossibilité de guérison,
2° l'innaplicabilité d'un autre traitement efficace,
3° les tuberculoses du larynx,
4° la grande fécondité de certaines malades, même si elles n'ont pas d'enfants survivants.

En définitive, il apparaît d'après les différents Congrès que les auteurs se divisent en trois catégories ainsi réparties:

Ceux qui n'interviennent jamais. Ce sont en général les médecins fortement influencés par les raisons de sentiments. Et d'autre part, ceux qui sont persuadés de l'inefficacité du traitement abortif. (PINARD, COUVELAIRE, RIST, BERNARD). Ils représentent l'école dite française. Leur nombre tend à se rarifier.

Ceux qui interviennent systématiquement. C'était l'école dite allemande, qui maintenant régresse dans cette généralisation, en suivant la directive de MENGE (1929) et de ses imitateurs.

Ceux qui interviennent d'une manière «éclectique», comme BAR, SERGENT, VORON (1) et la plupart des auteurs. Ainsi que l'école qui nous intéresse ici, celle de Strasbourg.

On se rend compte que cette catégorie a tendance à s'étendre au détriment des deux autres.

C'est surtout à l'usage de ceux-ci que MURET au dernier Congrès, a établi les bases de l'action thérapeutique qui termine le précédent chapitre (page 22).

Et cette thérapeutique sera active quand il le faudra, car à quoi vise l'interruption? non à guérir la tuberculose, comme il serait vain de le prétendre, mais à *supprimer une cause d'aggravation.* Si on réussit, si on arrête l'évolution d'une tuberculose en activité, le

(1) Bar dans toute sa carrière a fait 9 interruptions, Sergent 3, Brindeau 2, Kuss 1. En voyant ces chiffres on comprend mal que les moralistes croient tout perdu, parce que le principe de l'Avortement therapeuthique sera admis.

but est atteint. «*Certes, ce n'est pas la démonstration absolue que demandent entre autres, PINARD et RIST, et qui du reste ne pourra jamais être donnée, c'est au moins une de ces grandes probabilités dont on est bien souvent obligé de se contenter en clinique et surtout en thérapeutique*». (*VORON*).

CHAPITRE III

LA THÉRAPEUTIQUE CONSERVATRICE

Lorsque VORON définit les directives de ceux qui respectent toujours la grossesse, il a une phrase terrible: «*Leur but est simple.* L'enfant seul compte. Il faut le sauver à tout prix». Quelles sont les méthodes préconisées pour cela? Elles se réduisent aux thérapeutiques courantes du traitement de la tuberculose, et sont employées autant par les interventionnistes éclectiques qui leur ajoutent, seulement lorsque c'est nécessaire, l'interruption; que par les abstentionnistes pour qui elles sont les seuls moyens de défense.

Ils se réduisent à peu: Réaliser certaines conditions diététiques, hygiéniques et climatériques.

Une alimentation carnée et graisseuse. Des légumes pour les vitamines. Peu d'hydrates de carbone qui affaiblissent le terrain, pas de sucre. (Ce régime doit être surveillé chez les tuberculeuses en état de gestation, car il présente des dangers d'éclampsie). Ceci est général pour toute tuberculeuse (Jacquerod, de Leysin), et Sergent y ajoute pour la tuberculeuse enceinte, la nourriture recalcifiante. Il est bon d'y joindre, autant chez les tuberculeuses que chez les

femmes gestantes indemnes, l'huile de foie de morue. (1)

Le repos; le surmenage étant l'un des plus importants facteurs de tuberculose (Courmont, Dieudonné).

Un logis sain, ensoleillé, aéré, sous un climat favorable.

Des cures d'air et d'altitude dans des sanatoria.

En résumé, une thérapeutique de gens riches: Le sanatorium populaire ne comprenant pas d'annexe abstétricale. (Weymeersch).

A côté de ces règles purement médicales, le traitement chirurgical ou *collapsothérapie*. Celles-ci a une action plus directe, plus rapide, et s'adresse mieux aux malades des classes peu fortunées, qui ne peuvent guère se soigner hors de chez eux. Elle a pour but l'immobilisation du poumon, son exclusion fonctionnelle, la réduction de sa circulation sanguine ou lymphatique (Bérard).

La phrénicectomie n'agit guère que sur les affections du lobe inférieur, quand le pneumothorax est irréalisable ou comme adjuvant quand il est incomplet (Bérard). Elle ne peut guère servir dans un cas de grossesse déclarée, ses effets étant longs à se faire sentir.

La méthode de choix, le moyen héroïque, reste «*le pneumothorax artificiel*», car il ne gêne en rien

---

(1) Nous n'avons pas d'expérience du régime préconisé recemment par Gerson (Saure Rohkost): légumes crus, fruits, peu de viande, pas de Cl Na; et, comme adjudant, des sels de Ph, Ca, etc.

la grossesse ni l'accouchement. (Bar, Couvelaire, Dumarest et Brette).

Rist, son ardent promoteur, prétend même qu'on doit l'instituer avant tout phénomène d'aggravation pour profiter des meilleures conditions possibles.

Quelle que soit l'époque de l'institution du pneumothorax, avant, pendant, ou après la grossesse, ces indications sont les mêmes:

1) tuberculose active;
2) absence d'adhérences pleurales;
3) localisation dominante à un seul poumon, l'autre ne présentant que des lésions minimes ou éteintes.

Les auteurs commencent cependant à préconiser le pneumothorax artificiel bilatéral. Les cas en sont rares (Gendron, Rist, Bernard). Puis Rist publie en 1929 la première observation d'une grossesse menée à terme au cours d'un pneumothorax bilatéral. Mais ce sont là jeux de princes et nom de simples escholiers. Revenons donc à des pratiques plus courantes.

Weymeersch et Olbrecht, rapporteurs au Congrès de Lausanne, reprochent au pneumothorax de n'être pas toujours applicable; de rester en traitement assujettissant, d'exposer parfois à des complications (épanchements séreux devenant parfois purulents). D'exposer, par un effort redoublé, le second poumon à un réveil de lésions latentes.

C'est une aide admirable, «ce n'est pas une panacée».

Et VORON: «*Les faits publiés ne commandent pas une optimisme excessif!*»

En effet, des cas ou statistiques publiés par Gleiz (63 observations dont 11 rapportées par RIST, celles de DUMAREST et BRETTE, de KUSS, 39 autres par Mlle MITROWITCH, élève de COUVELAIRE) et d'après 1 cas de CORDIER, VALLOIS, ROUME (avec échec), 6 cas non publiés de CORDIER, (2 améliorations, 4 morts dans le mois suivant l'accouchement) il conclut:

«Il résulte que soit qu'il s'agisse de grossesse évoluant chez des malades à pneumothorax déjà institué, soit de pneumothorax institué au cours de la grossesse, les échecs sont nombreux et surtout le pneumothorax, s'il améliore momentanément la lésion, n'empêche pas toujours, ni même le plus souvent, le *coup de fouet* occasionné par le post-partum, presque toujours par poussées du côté opposé». (VORON).

Laissons WEYMEERSCH et OLBRECHT résumer la situation:

«Le succès du pneumothorax, ajoutent ces deux auteurs, dépend en ordre principal du maintien de l'unilatéralité des lésions: toute circonstance qui favorise l'extension de l'affection au poumon dit sain ou contribue au réveil évolutif des lésions minimes que ce poumon présente presque inévitablement, compromettra la réussite du traitement.

L'insuccès, équivaut le plus souvent à un verdic mortel».

Or, 1° le pneumothorax répètent-ils, favorise le réveil de lésions minimes du poumon sain par la suppléance qui lui est imposée.

2° la grossesse favorise elle-même largement pareille extension de lésions.

«*Le pneumothorax paraît donc, chez la femme enceinte, une intervention bien plus périlleuse que chez la femme non gravide*» (2 et 3). (WEYMEERSCH et OLBRECHT).

---

(2) Dans une discussion à Berlin en octobre 1929, MENGE prétend que les résultats du traitement conservateur ne sont pas inférieurs aux autres. Il y ajoute les rayons X. à champ éloigné et à rayons diffus. HORNUNG: que la marche de l'affectation peut être favorablement influencée, mais que cela dépend des conditions sociales. WAGNER: qu'il n'y a aucun bon résultat dans le traitement suivi en dehors du Sanatorium. Que le pneumathorax artificiel permet de conserver certaines grossesses (voir expériences de la Maternité de Baudelocque). WOLFF-HEISNER et SCHEIDER commencent aussi à employer le pneumothorax dans les mêmes conditions que l'Ecole dite française.

(3) 3 ans plus tard, en 1827, FULLER, dans un travail sur les rapports de la tuberculose pulmonaire avec la gravidité et la puerpéralité, et son traitement, dit après ses maîtres de Paris:

thérapeutique: médiocre.
avortement: mesure d'exception.
pneumothorax: donne de bons résultats en dehors de la gravidité.

CHAPITRE IV

LES PRODUITS DE TUBERCULEUSES

A) AVANT TERME.

(avortements spontanés et accouchements prématurés)

TECKLENBORG donne comme interruption spontanée par tuberculose le chiffre de 11,6%. ROSTHORN celui de 13%.

FRISCHBIER, sur 28 malades très graves, a 6 cas d'accouchements prématurés spontanés et 1 avortement spontané, d'ou un total de 25%.

PANKOW dit que dans les cas de tuberculose manifeste la grossesse est interrompue spontanément au 8e et 9e mois. Dans son matériel, il trouve un accouchement prématuré du 5e au 7e mois dans 14,3 %; et du 8e au 9e dans 41,4 %.

VON WINKEL donne comme mortalité des enfants dans ces cas 37 %.

SCHERER trouve l'interruption spontanée fréquente non du 2e au 4e mois, mais du 6e au 7e.

Des *gynécologues* donnent comme raison d'avortement spontané une augmentation du gaz carbonique, due à la respiration diminuée, irritant le centre déterminateur des douleurs.

SCHERER, dont les malades sont tuberculeuses actives mais non avancées, ne leur voit ni dyspnée, ni signe de surcharge du gaz carbonique.

BRACK croit que ce sont les transformations anatomiques des ovaires et surtout leur teneur en lipoïdes qui déterminent l'avortement.

Léon BERNARD pense que la prématurité n'a pas de signification (DEBRE et LELONG en trouvent 14 %), autre que celle observée en tout état pathologique.

COUVELAIRE estime le déchet, avortement et accouchement prématuré, fort différent suivant que l'on s'adresse à des femmes ayant au cours de la gestation présenté des formes évolutives sévères ou suivant que l'on considère des formes de tuberculose légère; le 2e groupe présentant un déchet égal à environ 1/5 du premier; c'est la première catégorie qui donne une *proportion notable d'expulsions prématurées* de l'œuf. Pour lui aussi, n'importe quelle infection déclancherait le travail prématurément. Ceci n'est donc pas spécifique de la tuberculose.

B) A TERME OU PREMATURES VIABLES

a) *avec lésions tuberculeuses.*

Les auteurs distinguent les cas *de tuberculose congénitale en héréditaire vraie* et congénitale.

1) *Tuberculose héréditaire vraie:* C'est l'infection directe de l'œuf par l'ovule ou le spermatozoïde. SITZENFREY a vu un bacille de Koch dans un ovule, mais reconnaît que celui-ci n'aurait pu être fécondé.

Quant au spermatozoïde, on n'y a jamais vu de bacille.

2) *Tuberculose congénitale:* vient uniquement de la mère et est extrêmement rare. PEHU et CHALIER en citent 51 cas, DEBRE et LELONG 5 autres. WHITMAN et GREENE en voient 113 actuellement connus dans la littérature. REUSS a trouvé 30 cas décrits par: HARBITZ, ROLLETT, MEULLER, GRULEE, HARMS, PARKER, DUBOIS, KÆCKELL.

Léon BERNARD estime qu'on peut en admettre un nombre gravitant autour de 2 à 300, (donc insignifiant par rapport au nombre de tuberculoses du monde).

Ces faits prouvent la possibilité de *transmission transplacentaire* du bacille (mais l'extrême rareté en implique la quasinullité). D'où *la théorie de la tuberculose congénitale latente de BAUMGARTEN.* Les tuberculoses que l'on constate au cours du développement ultérieur sont d'origine transplacentaire dont le germe a été pendant très longtemps latent et n'a révélé son activité pathogène que plus tard.

Théorie de Baumgarten

a) Bacillémie chez la mère

Elle serait expliquée par la *bacillémie chez la mère.* Les auteurs allemands prétendent que toute tuberculeuse a à l'état constant des bacilles dans le sang. Et les auteurs français (BERNARD, DEBRE, BARON) qu'on n'en trouve que par intermittence.

b) lésions placentoires

D'autres pensent qu'il ne peut y avoir tuberculose congénitale que *lorsque le placenta,* ou *présente des lésions tuberculeuses, ou est lésé au cours de l'accouchement.*

Affection tuberculeuse du placenta

REUSS estime que la tuberculose des nourrissons est rarement congénitale, la présence de bacilles ne suffit pas. Il faut une *affection tuberculeuse du pla-*

centa qui donne une communication entre les espaces intervilleux et les vaisseaux du chorion.

L'infection placentaire ne se produit que si le philtre est lésé. (LAUENBURGER, NOVAK)).

Dans la tuberculose placentaire prononcée, l'enfant subit l'infection durant la vie intra-utérine. Dans le placenta anatomiquement intact, le passage des bacilles ne peut se produire, qu'au cours de l'accouchement, dès que les vaisseaux et villosités sont lésés par le décollement du placenta.

Traumatisme du placenta

MOLL croit que la tuberculose précoce des nouveaux nés est due à cette transmission hématogène au cours de l'accouchement par lésions des villosités. Ce sont ces cas qui deviennent manifestes déjà dans le premier trimestre et rapidement mortels: Il n'y a pas de preuve anatomique de cette hypothèse.

c) Infection autre que placentaire

Si la tuberculose est hématogène, les ganglions lymphatiques sont atteints. Si elle est aérogène, (aspiration de liquide amniotique) on doit trouver une transformation des poumons et des bronches. Le liquide amniotique infecté peut aussi entrer dans l'oreille d'où la tuberculose primitive de l'oreille moyenne. (ZARFL).

L'infection peut aussi être causée par la rupture d'un foyer amniotique. (SCHMORL, KÆCKEL, SIETZENFREY)..

Parfois, on trouve aussi une affection tuberculeuse des trompes ou de l'endomètre. (KÆCKEL).

La tuberculose transmise durant la grossesse peut être manifeste au moment de l'accouchement. Ou bien l'enfant est né en période d'incubation; alors la maladie se déclare deux ou trois mois après la naissance.

Enfin une troisième théorie assure qu'il peut y avoir un passage à travers le placenta intact.

d) passage à travers le placenta intact

Le placenta des femmes tuberculeuses peut contenir des bacilles même s'il n'y a pas transformation anatomique et microscopique assure RANZEL.

BRINDEAU et NATTAN-LARRIER disent que des leucocytes sont capables de le traverser, en étant susceptibles de charrier les bacilles de Koch. Théoriquement, ce passage est donc possible. LANDOUZY et MARTIN, DE RENZI, GARTNER l'on constaté.

COUVELAIRE avec CALMETTE, VALTIS et LACOME ont observé 3 cas de transmission tuberculeuse, révélés par *constatation directe de bacilles acido- résistants dans les ganglions et dans les viscères du fœtus de mère* ayant présentée au cours de la gestation des poussées évolutives sévères. (Ceci prend place dans ce chapitre, car «avec lésions» signifie surtout avec points où l'on peut trouver des bacilles acido-résistants).

Il y a donc possibilité de passage *du bacille* à travers le placenta.

e) Passage de bacilles dans le lait

Comme autre mode de l'infection déterminant une tuberculose congénitale manifeste, PANKOW cite le cas du passage de bacilles dans le lait de la mère. Il est bien difficile dans ce mode de transmission de faire la part de ce qui est transmission vraie et infection par contact.

b) *sans lésions apparentes.*

Que devient le nouveau-né issu de mère tuberculeuse, mais ne présentant pas lui-même de lésion apparente?

L'évolution est très différente suivant qu'il reste isolé de sa mère, et soigné dans un service spécial; ou suivant qu'il est rendu aux siens.

L'enfant de tuberculeuse est pratiquement préservé d'hérédité tuberculeuse

Isolé et élevé en service spécial, il a les plus grandes chances de vivre et de progresser normalement; aucune tuberculose ne se développera en lui, puisqu'il n'est pas soumis à la contagion. (Ancienne théorie de GRANCHET).

En général, d'après Léon BERNARD, quelles que soient les nouvelles découvertes et les nouvelles conceptions sur la tuberculose et son hérédité (dont nous allons parlé dans un instant) on peut toujours dire que pratiquement:

1° *un enfant nouveau-né issu de tuberculeuse et aussitôt séparé de sa mère, sauf un petit contingent de morts inexpliquées, survit.*

2° *Les enfants de tuberculeux (père ou mère) et les enfants de non tuberculeux, subissent exactement la même sorte de contagion: contamination par cohabitation.*

A Laennec sur 271 cas de nourrissons tuberculeux, on trouve 151 cas contaminés par la mère, 107 cas contaminés par le père, 13 cas contaminés par des parents éloignés, des grands-parents, une infirmière, une nourrice, une bonne, mais tous habitant avec le nourrisson, ce qui prouve bien le genre de transmission.

3° *Enfin la cuti-réaction, témoignage de l'existence du bacille de Koch, reste négative chez les enfants de tuberculeuse séparés de leur mère à leur naissance.*

Donc une hérédité théoriquement possible mais

en fait réduite à une part impondérable, ajoute Léon BERNARD.

A. L'enfant isolé de sa mère : 1) Déchet initial

Etudions de plus près l'enfant de tuberculeuse séparé de sa mère dès sa naissance.

En Novembre 1921, COUVELAIRE à la clinique Baudelocque a instauré une Maternité pour tuberculeuses, et enfants issus d'elles et séparés.

Sur 356 gestations, COUVELAIRE a recueilli 357 fœtus ou nouveaux-nés. Sur ce total, 319 nés vivants et viables(la moitié au-dessous de 3.000 grs.).

56 morts du 3e *au* 30e *jours.*

«Si on compare ces chiffres à ceux que donnent les statistiques générales infantiles, on ne peut s'empêcher de remarquer que le déchet initial, aussi bien que le déchet au cours du premier mois, dépassent pour les enfants de tuberculeuses le déchet habituellement enregistré dans ces statistiques générales.» (COUVELAIRE).

Il est malheureusement dommage que COUVELAIRE ait englobé dans la rubrique «Mortinatalité» tous les fœtus expulsés par avortement spontané, et les prématurés, (dont j'ai parlé sous la rubrique du produit tuberculeux avant terme) avec les enfants morts du moment de l'accouchement au 3e jour, sans nous en donner les chiffres. Lorsqu'en 1923, il avait indiqué comme chiffre de mortalité totale du 1er mois 38 %, il avait compté les morts depuis le moment de la naissance, tandis qu'actuellement, il fait passer ces morts des trois premiers jours dans le déchet initial de 10,6 %.

Donc chez ces enfants de tuberculeuses, isolés, soignés suivant toutes les règles scientifiques par un personnel d'élite, il y a malgré tout un gros déchet au début du 1er mois (chez ceux encore vivants à partir du 3e jour). Sur 319 enfants, 56 morts. L'enfant isolé : mort au cours du 1er mois

Cependant, il est fort intéressant de constater que:

de 1921 à 1923 il y a 33 % de morts,
de 1923 à 1925 il y a 13,2 % de morts,
de 1925 à 1926 il y a 7,2 % de morts.

Ainsi, à mesure que sont améliorées les conditions d'élevage de ces enfants, la mortalité dinimue. L'excessive mortalité du début (1923) étant surtout due à la séparation organisée d'une manière imparfaite (*sans lait de femme pour commencer l'alimentation*).

Malheureusement, ce service modèle est un «modèle»; une réalisation presque unique, un exemple qui se multipliera, il faut l'espérer, mais n'en reste pas moins une exception actuelle. Par conséquent, disons en général, chez les enfants de tuberculeuses séparés de leur mère, 38 % de mortalité au premier mois.

Même dans ce service modèle, des enfants, placés dans des conditions favorables, paraissant devoir s'élever aisément, ont présenté (en dehors des maladies courantes, broncho-pneumonies etc. qui frappèrent certains) le «*syndrôme de dénutrition progressive*» (décrit par COUVELAIRE en 1923); certains présentant ces signes d'emblée, ce sont les plus nombreux; d'autres les présentent plus tard (mourant le 18e, 20e jour; ou bien le 3e mois). L'enfant isolé : mort inexpliquée

Il est assez angoissant de voir un enfant s'éteindre ainsi sans que rien ne puisse l'expliquer. Les hypothèses ont été nombreuses pour éclairer cette «débi-

lité congénitale», cette «hérédité de terrain» (suivant l'expression de Laënnec), car l'atrepsie du nourrisson issu de tuberculeuse est un fait observé par de nombreux auteurs. Remarquons cependant que c'est à COUVELAIRE qu'il revient d'avoir situés ces nourrissons dans le milieu le plus propice à un élevage sans aléas.

Les morts inexpliquées: Les théories

Donc, nombre d'auteurs avaient constaté cet affaiblissement de l'enfant de tuberculeux, même hors de toute contamination.

BARBIER a propos de «*l'atrophie du nourrisson*» parle du «*coëfficient de vitalité*» des enfants de tuberculeuses. C'est à ses yeux, une manifestation d'hérédité, car séparant les nourrissons contaminés des indemnes en apparence, il trouve des tuberculoses parmi les parents de ces nourrissons atrophiques et préservés.

CHARRIN admet le rôle des substances solubles dans la transmission des tares pathologiques des ascendants. Car il voit chez des enfants de tuberculeux, *des morts sans symptômes de maladie aigue.*

VARIOT trouve les enfants de tuberculeuses plus vulnérables que les autres, et CORNET rencontre parmi eux une «atrépsie» fréquente et souvent mortelle.

LANDOUZY et LÆDERICH signalent des caractères, une distrophie hérédo-tuberculeuse chez ces enfants; qui succombent sans syndrôme symptomatique éclatant; en somme de «débilité congénitale».

LEROUX, GRUMBERG et VORON les accompagnent dans leurs investigations.

JOHN'S HOPKINGS et PEARL parlent d'une diathèse tuberculeuse qui se transmettrait suivant les lois mendéliennes. Léon BERNARD et DEBRE, à la Crèche de l'hôpital Laennec, ont vu des enfants nés

de mère tuberculeuse, qui sans présenter aucune localisation se cachectisaient progressivement et mourraient dans les 2 premiers mois, souvent dans le premier (mort inexpliquée).

A quoi pouvaient bien être dues «ces hérédités de terrain», «débilités congénitales», «syndrôme de dénutrition progressive», «dystrophie hérédo-tuberculeuse», «diathèses tuberculeuses», «atrophie du nourrisson tuberculeux», «coefficient de vitalité» et toute «mort inexpliquée» ?

Etait-ce dû à des *tares anatomo-pathologiques,* comme en avaient relevées CHARRIN et ROBELIN; BARBES et CLERET?

Y aurait-il des substances spécifiques qui passeraient de la mère à l'enfant et disparaîtraient vers le troisième mois, d'une manière comparable à la migration des anticorps ancestraux que retrouvent chez les nouveaux-nés PARISOT et HANNS, RIBADAU-DUMAS, ROSENKRANTZ, CUEL et PRIEUR, COOKES, DEBRE et LELONG?

Ne serait-ce plutôt un mécanisme analogue à celui qui déclanche la mortalité des petits animaux tuberculinisés expérimentalement par LANDOUZY et LÆDERICH?

b) L'ultra-virus filtrant tuberculeux

Les discussions en restent là, lorsque de l'expérience et l'observation réalisées dans le service de COUVELAIRE par CALMETTE, VALTIS et LACOMME, jaillirent ce qui doit être la lumière.

Ces auteurs avaient étudiés 100 produits, enfants ou fœtus, de 99 mères tuberculeuses, n'ayant eu aucun

contact avec la mère, d'où aucune contagion post-natale possible.

Sur les 100 naissances, il y avait eu 21 morts et 10 autopsies.

Sur les 10 autopsies, 3 fois on avait trouvé à l'examen direct, des ganglions coronaires et des viscères, des bacilles de Koch caractéristiques (p. 44), d'où passage transplacentaire de ces bacilles. Mais la chose surprenante fut que sur 9 des 10 fœtus ou nouveaux-nés (donc y compris ceux qui n'avaient jamais recelé de bacilles dans leurs viscères) le produit de broyage de ces viscères et ganglions, inoculés aux cobayes, provoqua chez ces animaux, l'apparation, dans les groupes ganglionnaires, de formes bacillaires acido-résistantes.

D'où comme conclusion de ces expériences:

1° que le passage (au cours d'infections tuberculeuses graves) du virus tuberculeux de la mère à l'enfant pendant la gestation est moins exceptionnel qu'on ne le croyait.

2° que l'infection tuberculeuses transplacentaire est le plus souvent réalisée par des éléments invisibles au microscope, filtrables à travers les bougies de porcelaine poreuse, pathogènes pour le cobaye que l'on peut désigner sous le nom *d'ultra-virus tuberculeux.*

Il y a 6 mois, un cas intéressant et indiscutable de transmission intra-utérine de virus tuberculeux de la mère à l'enfant, a été présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, par LEVY, SOLAL, OUMANSKY et JANET. Il s'agit d'un enfant né d'une mère atteinte de tuberculose très grave. Celle-ci meurt

quelques jours plus tard; le placenta ne montre aucune lésion microscopique. L'enfant séparé dès la naissance de sa mère, meurt après 2 heures. A l'autopsie de l'enfant on n'a constaté aucune lésion viscérale et les ganglions, pourtant épaissis, ne recelaient aucun bacille. Les ganglions broyés furent successivement inoculés à deux séries de cobayes. Dans la deuxième ces injections provoquèrent des lésions viscérales typiques avec nodules caséeux pullulant de bacilles.

A ce sujet Brindeau rappelle les résultats portant sur 3 années d'observations recueillies à la Clinique Tarnier avec Pierre CARTIER, et qui montrent que dans les 2/3 des cas environ, le virus franchit la barrière placentaire.

Les déchets: conclusion

Les conclusions que l'on peut tirer de tous ces points sur l'infection des produits (fœtus et nouveaux-nés) issus de tuberculeuses, se trouvent exactement énoncées dans les conséquences que COUVELAIRE tire de ses travaux:

«Je me bornerai à résumer ce qui paraît se dé-«gager de l'ensemble des constatations cliniques et «expérimentales, faites jusqu'à présent dans nos «services.

1° «A côté de la très exceptionnelle transmission «transplacentaire du virus tuberculeux déterminant «une tuberculose congénitale avec *lésions tubercu-«leuses* in utéro, (voir chapitre précédent) — que je «n'ai jamais eu l'occasion d'observer — il est légitime «de faire une place probablement moins exception-«nelle à des transmissions transplacentaires de virus «tuberculeux dont le caractère essentiel est de ne dé-«terminer *aucune lésion anatomique spécifique*, au

«moins pendant la vie fœtale et pendant les premières «semaines de la vie.

«Cette transmission peut être révélée par la cons-«tatation directe de bacilles acido-résistants chez les «fœtus. (Voir chapitre précédent).

«Elle peut, et c'est là le fait nouveau, ne se ré-«véler qu'indirectement par une inoculation aux co-«bayes, après ou sans filtration sur bougies de porce-«laine poreuse, certains des cobayes inoculés présen-«tant à plus ou moins longue échéance des bacilles «acido-résistants dans les ganglions, sans production «de lésions anatomiques spécifiques.

«Cette transmission transplacentaire du virus «tuberculeux, qui s'effectue sous une forme que, dans «l'état actuel de nos connaissances, il est impossible «de préciser, a pu être mise en évidence non seule-«ment chez des fœtus expulsés prématurément et «morts pendant ou immédiatement après l'accouche-«ment, mais chez des enfants morts dans les premières «semaines de leur vie extra-utérine, soit d'infection «banale, soit *après avoir présenté un syndrome de «dénutrition progressive*, ces enfants ayant été stricte-«ment séparés de leur mère et n'ayant pas reçu de «vaccin B. C. G.

«Nous ne pouvons dire, à l'heure actuelle, dans «quelle mesure cette affection congénitale si spéciale «est susceptible de s'éteindre, de rester silencieuse ou «de déterminer une tuberculinisation banale.

L'enfant isolé de sa mere: 2) Les survivants Conditions d'élevage optimæ

2° «Ces faits ne doivent pas faire oublier qu'un «grand nombre d'enfants de mère tuberculeuse nais-«sent vivants et viables.

«L'expérience que nous avons pu réaliser à la «clinique Baudelocque prouve, de façon indiscutable,

«que *la mortalité de ces enfants pendant les premières «semaines de la vie est avant tout fonction des condi-«tions d'élevage».*

B) L'enfant rendu à ses parents, conditions habituelles

Et c'est pourquoi dans les milieux de clientèle hospitalière malgré tout ce que l'on essaie de faire, mais qui est encore insuffisant (nourriceries, crèches, pouponnières, centres d'élevages, restant le privilège d'un petit nombre [VORON]) l'envoi en nourrice ou l'allaitement au biberon dans les chambres malsaines, seront la règle, et VORON relève la mort après 6 à 8 mois de 68 % de ces enfants.

Ce qu'il ne faut pas oublier dans les facteurs lésant les enfants de tuberculeuses, c'est que la tuberculose est une maladie pouvant atteindre profondément l'état général, et que même sans être touché par une hérédité spéciale, un enfant de tuberculeuse grave subit la répercussion de la débilité de la mère qui l'a conçu.

L'enfant isolé ou rendu à ses parents: Vaccination

Enfin une arme formidable dans la lutte contre la mortalité infantile par tuberculose nous a été procurée par le vaccin B. C. G.

Dans un tout récent ouvrage paru en Juin 1930 résumant d'une part, toute la littérature écrite à propos de cet énorme question; d'autre part les résultats et conclusions de cette méthode appliquée à la Clinique Infantile de Strasbourg sous la direction du Professeur ROHMER, CHAUSSINAND nous permet de préciser que:

La vaccination au B. C. G. par les voies buccale, sous-cutanée, intra-dermique, intra-musculaire et même intra-péritonéale est inoffensive chez l'enfant.

L'efficacité de la vaccination au B. C. G. contre l'infection tuberculeuse est démontrée chez l'enfant.

Les nouveaux-nés de milieux tuberculeux ou suspects ne pouvant pas être isolés, seront vaccinés par voie intra-musculaire en 2 injections simultanées de 0,025 milligrammes chacune (total: 0,05 mill. de B. C. G.).

Jusqu'à l'apparition de l'allergie, on cherchera à préserver ces enfants de toute contamination par du bacille de Koch virulent.

Les enfants allergiques ne seront ni vaccinés, ni revaccinés.

L'isolement jusqu'à l'apparation de l'allergie des vaccinés provenant d'un milieu bacillaire ou simplement suspect est une mesure indispensable à une vaccination efficace.

Deuxième Partie

LA QUESTION DE L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE ET DE LA STÉRILISATION EN FONCTION DE NOTRE STATISTIQUE

CHAPITRE I

LES PROCÉDÉS D'INTERRUPTION

Le principe de l'interruption de la grossesse étant admis.

Les indications étant d'autre part strictement établies, il reste au médecin à faire choix d'une *méthode d'application.*

La généralité des auteurs admet qu'à chaque moment de la grossesse correspond une méthode qui réalise le maximum d'avantages et le minimum de traumatisme. Il y a pourtant des préférances personnelles; j'indiquerai les nôtres après l'exposé des méthodes courantes.

Fixons d'abord un point. Il faut éviter à tout prix l'infection, l'hémorragie, les lésions utérines, les rétentions. Sans quoi il est bien évident que l'interruption serait plus préjudiciable à la tuberculeuse gestante que l'abstention. Il faut toujours se rappeler que c'est du succès de l'opération que dépendra l'évolution future de la maladie.

La question *ANESTHESIE* doit être prise en considération. L'éther est assez dangereux pour les malades pulmonaires. Il faut s'en servir avec méfiance et précaution quand on ne peut pas lui substituer un autre mode d'insensibilisation. On verra au cours de

nos différentes interventions par quoi nous l'avons parfois remplacé.

Le *curettage* se pratique jusqu'à *la fin du 2e mois* environ. C'est la méthode rêvée. Intervention des plus simples qui n'exige ni anesthésie profonde, ni dilatation importante du col, ni assistance spécialisée (WINTER). Qui donne les meilleurs chances de réussite, et par sa simplicité, et par l'époque à laquelle on l'applique, car à ce moment l'interruption de la grossesse a toutes les chances d'influencer favorablement la marche de la maladie.

A partir du 3e mois cette méthode devient périlleuse' Il y a danger d'hémorragie et danger de perforation de l'utérus alors plus mou. Il faut vider l'utérus par *curage digital,* sans l'aide d'instruments dangereux. A la rigueur, au début du 3e mois, si par suite d'une adhérence particulière de l'œuf, ce qui se rencontre souvent dans la région angulaire; ou bien encore si la dilatation n'a pas été suffisante pour permettre un travail parfait; une main très exercée peut, à l'aide d'une grande curette, réviser les régions suspectes.

La grosse question qui se pose à propos du curage est le mode de dilatation à adopter. Nous avons complètement et depuis longtemps abandonné le dilateur mécanique à vis, dangereux par sa trop grande rapidité de dilatation et générateur de graves déchirures. La dilatation aux bougies de Hégar, bien que plus doucement progressive, peut avoir les mêmes inconvénients. Pour y pallier, des auteurs ont préconisé le curage *en deux temps.* Dans un 1er temps, après légère dilatation par tiges métalliques, pose d'une tige de laminaire (VIGNES). Le lendemain, on pratique le cu-

rage. La méthode est simple et sans brutalité. D'aucuns lui reprochent de présenter des dangers d'infection: soit par stérilisation insuffisante de la tige, soit par la rétention provoquée durant vingt-quatre heures.

Parmi nos maîtres, SCHICKELE s'en est montré l'adversaire au Congrès de Genève. Monsieur KELLER ne l'emploie jamais pour les raisons énoncées. Le Professeur REEB en est resté partisan; on verra dans nos observations combien de fois cette méthode a été employée à son instigation et les suites qui en sont résultées. Elles étaient simples toujours, et apyrétiques dans la grande majorité des cas.

On peut remplacer la laminaire par un tamponnement de la cavité utéro-cervicale (SCHICKELE).

WINTER préconise, à partir du 5e mois, la rupture de la poche des eaux ou la pose d'un ballon et après expulsion de ce dernier, une extraction podalique du fœtus. Ceci ne peut nous intéresser puisque nous n'intervenons dans les cas de tuberculose que jusqu'à la fin du 4e mois au maximum. Nous n'en parlons que pour mémoire.

La dilatation une fois obtenue et le col ramolli par l'apparition des premières contractions, on complète l'ouverture à l'aide de quelques Hégar puis on pratique le curage.

Cette méthode en deux temps a le gros inconvénient d'être longue, d'exiger 2 interventions, donc deux narcoses et de se trouver incertaine dans ses résultats, la dilatation obtenue pouvant être insuffisante pour passer un doigt.

Pourquoi ne pas intervenir *en un temps* et dès que l'utérus est trop grand pour être curetté, et le col trop résistant pour être aisément dilaté, ne pas em-

ployer *l'hystérotomie vaginale antérieure,* suivie de *curage?* Méthode rapide, sure, qui évite les irritations du col par manœuvres difficiles, ainsi que les hémorragies. Elle a le désagrément, dit WINTER, de ne pas être de la pratique courante du praticien; d'exiger habitude, outillage, assistance qualifiée. Mais elle est parfaite pour le spécialiste à qui s'adresse, en somme, ces cas particuliers.

Par conséquent, à notre point de vue dans les toutes premières semaines: curettage. Un peu plus tard: curettage après dilatation en un temps précédent par tamponnement (SCHICKELE) ou laminaire (REEB).

Puis, *dès le moment où l'utérus est trop évolué pour permettre le curettage: hystérotomie vaginale antérieure suivie de curage.*

En général, nous n'intervenons jamais pour une simple interruption, par voie abdominale. Nous n'employons cette méthode que dans les cas d'interruption suivie de stérilisation.

Dans les cas d'infection vaginale (gonoccocie avancée, condylomes accuminés, etc.) où l'interruption par voie vaginale présente des dangers, il est évident qu'exceptionnellement, nous choisirons l'hystérotomie abdominale, même sans stérilisation.

CHAPITRE II

LES PROCÉDÉS DE STÉRILISATION

S'il est indiqué, non seulement de supprimer la grossesse actuelle, mais encore de la défendre à jamais, nous stérilisons la malade. Nous n'employons jamais la stérilisation par voie vaginale, dont nous nous méfions, car les trompes ne sont pas exclues avec assez de certitude, et la péritonisation est défectueuse.

Nous n'employons jamais, non plus, à l'encontre de BECLERE, la stérilisation définitive par irradiation de rayons X ultra-pénétrants. Cette méthode n'étant, en somme, pas une stérilisation mais une castration pure et simple, qui ne doit pas entrer en ligne de compte chez ces femmes encore jeunes.

Nous ne pratiquons pas l'hystérectomie avec ovariotomie préconisée par certains auteurs. (FEHLING) pour les mêmes raisons. L'apparation de l'embonpoint que l'on escompte de cette ménopause chirurgicale n'est ni assurée, ni bien profitable.

Si on estime (HORNUNG) que les règles sont trop abondantes et fatiguent la malade, il serait plus avantageux d'en diminuer l'intensité par courtes irradiations de la rate ou des cuisses. (SCHICKELE). Mais l'ovariotomie est tout à fait contre-indiquée (REEB)

étant donnée l'influence de l'ovaire sur le métabolisme calcaire, un des points les plus importants de la résistance des tuberculeuses.

Enfin, il ya aussi une impression psychique qu'il vaut mieux éviter aux femmes jeunes qui voient cesser leurs époques (SCHICKELE).

Après laparotomie supra-symphysaire, nous faisions autrefois une hystérotomie longitudinale. Nous pratiquions l'énucléation de l'œuf. Puis, après suture de l'utérus, nous excisions les trompes, avec enfouissement méticuleux des moignons.

Nous préférons actuellement la fondectomie (en rachianesthésie) avec ablation des trompes, et évacuation de l'œuf par l'ouverture ainsi créée. Nous avons l'avantage d'une seule suture et d'une très bonne péritonisation. En injectant dans le muscle utérin 1 cc de post-hypophyse, nous arrivons à éviter toute hémorragie (REEB).

Entre les méthode d'interruption et de stérilisation définitive, se placent *celles de stérilisation temporaire.*

A propos du seul cas où nous ayons pratiqué ce mode d'intervention (Obs. XXX). Le professeur REEB a fait une communication dans laquelle il en énumère les indications, ainsi que les différents procédés préconisés pour la réaliser, et les inconvénients qui lui font préférer la méthode chirurgicale.

Je me contente de résumer cet auteur: (1)

(1) M. REEB: La Gynécologie. Novembre 1929 (Communication à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Strasbourg 6/7/1929).

«Les phtisiologues qui nous adressent ces malades présentant des poussées évolutives et auxquels nous posons la question de la stérilisation *définitive,* ne sont pas d'avis de la pratiquer lorsqu'ils croient pouvoir affirmer que le pronostic est favorable et que la malade, guérie au bout de *quelques années,* pourra mener une grossesse à terme».

«Que doit faire l'accoucheur dans ces cas: *stériliser,* c'est priver la femme une fois guérie, d'avoir un enfant; *ne pas stériliser,* c'est s'exposer ainsi que la malade à la nécessité d'une nouvelle intervention, à bref délai, peut-être (or ces interruptions fréquentes sont des opérations qui répugnent à l'accoucheur, et qui ne sont pas indifférentes pour l'équilibre endocrinien de la femme, sans parler des dangers immédiats de chaque intervention). Les malades nous demandent comment elles pourront éviter une nouvelle grossesse... mais nous nous rendons bien compte que les moyens conseillés, peu sûrs en général, sont d'une application difficile, surtout dans les milieux ouvriers et campagnards et seront vite abandonnées.»

«Il faudrait pouvoir empêcher pour un certain laps de temps que ces malades ne deviennent enceintes, c'està-dire les stériliser *temporairement.* Cette stérilisation temporaire a été essayée par trois méthodes différentes.»

1° METHODES PHYSIQUES:

a) *Rayons X:* dosage difficile. On peut arriver à la stérilité définitive.

1° dates de début et fin de la stérilité impossibles à connaître. 2 ou 3 ans suivant les sujets.

Amenorrhée ne veut pas toujours dire non ovulation.

2° altération des ovaires;

3° dangers d'avortements, ou de malformation des enfants produits après la fin de la stérilisation temporaire.

b) *Radium:* S'il produit seulement une destruction de la muqueuse utérine. L'objection N° 1 demeure ici.

2° METHODES BIOLOGIQUES:

L'expérience n'en a été faite que sur des animaux.

a) Injection de sperme;

b) action de greffes ou extrait d'ovaire gravidique;

c) action de greffes ou extrait d'hypophyse antérieure.

Même objection que précédemment.

3° METHODES OPERATOIRES:

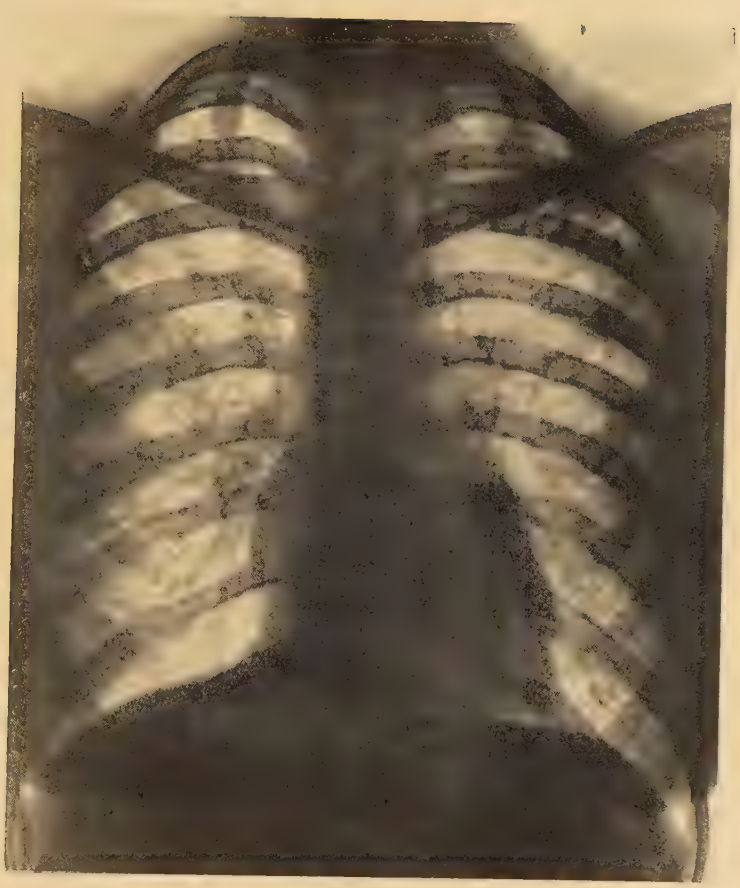
A) *empêcher les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.*

1° Empêcher l'accès de la trompe: section et enfouissement (5 ou 6 réussites), ou électrocoagulation du début de l'isthme.

2° Empêcher la sortie du spermatozoïde de la trompe. Enfouissement péritonéal ou extorisation des trompes, sous le péritoine utérin ou dans le canal inguinal.

B) *empêcher l'ovule de rejoindre le spermatozoïde.* Enfouissement de l'ovaire.

C'est à cette méthode que se rattache notre observation. Voici comment elle a été pratiquée.



Radiographie No. 1

Madame KL . . . ., Cas particulier du Dr. KELLER.

(2 ième partie, chapitre III, page 71)

Grossesse trop évoluée - Interruption refusée

«J'ai eu l'occasion de pratiquer récemment un enfouissement de l'ovaire selon une technique un peu différente de celle de VANDERVELDE, chez une jeune femme tuberculeuse qui a des chances de guérison et qui pour cette raison voulait être stérilisée temporairement seulement. Elle était enceinte de près de trois mois. Je fis d'abord l'interruption de la grossesse par une «petite césarienne basse», puis j'incisai le feuillet postérieur du ligament large sur une étendue de quelques centimètres tout juste au-dessous de l'ovaire; je creusai à l'aide du doigt une poche assez profonde, le péritoine se détachant très bien grâce à l'état puerpéral. J'enfouis l'ovaire entier dans cette poche après avoir sectionné la fimbria ovarica; puis je suturai le feuillet postérieur en deux étages par-dessus l'ovaire. Celui-ci est donc complètement intraligamentaire, mais reste in situ, n'étant pas disloqué en avant comme dans l'opération de Vandervelde. Les suites furent bonnes, aucune tuméfaction anormale ne fut constatée dans le ligament large. Pour libérer de nouveau l'ovaire, il suffira d'inciser le feuillet postérieur et de luxer l'ovaire hors du ligament. Cette opération me paraît très aisément réalisable à condition qu'on la pratique sur un ligament large puerpéral, immédiatement après l'évacuation de l'utérus; à ce moment, le péritoine de feuillet postérieur peut être facilement détaché et présente suffisamment d'étoffe pour les sutures.»

«Nous sommes forcés de reconnaître que la stérilisation temporaire de la femme est encore très loin d'être bien au point. La meilleure méthode nous semble être pour le moment la voie opératoire abdominale pratiquée lors de l'interruption d'une gros-

sesse. Les interventions qui semblent donner le plus de succès sont: 1° la section de la trompe au niveau de l'isthme avec péritonisation de la corne utérine ou l'enfouissement de l'ovaire dans le ligament large.»

«Le gros inconvénient de la méthode opératoire est la nécessité de procéder à une deuxième laparotomie afin de rétablir les conditions anatomiques pour une nouvelle conception; celle-ci restera toujours problématique. (REEB)».

CHAPITRE III

COMMENT ON REFUSE UNE INTERRUPTION
(OBSERVATIONS TYPES)

A — *Lésions insuffisantes*

OBSERVATION *a*)

Mme Ja...-Br... Marie, Clinique Gynécologique et Obstétricale, 29 ans. 5e pare, entrée 13 août 1928.

1920 — *Accouchement normal à terme, enfant vivant.* Grossesse très bien supportée.

1924 — *Avortement spontané du deuxième mois.* La malade s'est sentie fatiguée mais n'a présenté ni toux ni amaigrissement.

1925 — *A.N.T.* (1). Enfant vivant. Grossesse très bien supportée.

1927 — *A.N.T. Enfant vivant.* Au cours de cette grossesse, dit avoir maigri de façon considérable. Apparition de toux, d'expectoration, de sueurs nocturnes. Ne peut dire si elle avait de la fièvre.

Antécédents: Mère morte de «consomption» à 54 ans. Premières règles: 15 ans, irrégulières, six à huit jours, peu abondantes, douloureuses. Rachitisme à 2 ans 1/2. A 23 ans, époque de la maladie de sa mère, apparition de toux avec expectoration et amaigrissement. Plus tard améliorée. Jamais de sueurs nocturnes.

Depuis son dernier accouchement de 1927, a continué à tousser et expectorer. A repris du poids en partie seulement. En 1928, séjour au sanatorium (soit 3 mois après ses dernières

(1) Accouchement normal à terme.

règles). Tout symptôme inquiétant disparaît alors: toux, expectoration.

Etat actuel:

1) *Obstétrical:* Dernières règles: 25 mars 1928. Grossesse 4 mois.
2) *Pulmonaire:* Bon état général, peu de toux, pas d'expectoration. Bon appétit, sensation d'amélioration.

Examen des poumons: Respiration tubaire en arrière à gauche, absence du murmure vésiculaire sur presque toute l'étendue du champ pulmonaire. Submatité au sommet gauche. Les bases semblent libres.

Avis des internistes: (Méd. A.) «L'absence de température et le maintient d'un bon état général relatif nous conduisent à faire temporiser malgré les lésions perçues aux deux sommets.»

Discussion et appréciation des obstétriciens: Ni dans les trois grossesses antérieures, ni dans les intervalles, la malade n'a été incommodée par de symptômes nécessitant un traitement. Admise en *état de grossesse* au sanatorium, ces symptômes se sont améliorés, la toux a disparu; elle a augmenté d'après ses dires de 11 livres, et selon l'avis de son médecin traitant, elle aurait fait de réels progrès au cours de sa grossesse.

Elle ne présente pas d'élévation de température et nous ne trouvons pas de signes évolutifs de son affection pulmonaire à l'auscultation.

Dans ces conditions, sa grossesse se trouvant déjà dans le cinquième mois, donc ayant malgré tout dépassé (de peu il est vrai) le terme favorable à une intervention, nous avons l'espoir qu'elle pourra continuer, en plaçant la malade dans les conditions hygiéniques qui lui ont été déjà si favorables dans les derniers mois de la grossesse.

B. — *Lésions trop évoluées*

OBSERVATION *b*) — 1929/885

Mme Bo-Fi... Emma (Ecole des Sages-Femmes). Même malade que 1927/1363—XXIII du présent volume.) Entrée

26 juin 1929. 25 ans.

Antécédents: Voir feuille XXIII.

Etat actuel:

1) *Obstétrical:* Grossesse 6 semaines. Dernieres règles: 30 mars 1929.

2) *Pulmonaire:* Vastes infiltrations du poumon droit avec râles nombreux. Quelques râles au sommet.

Radio (médicale A:)

Poumon droit: Infiltration presque confluente du lobe supérieur droit, avec rétraction et une grande zone cavitaire (*donc il y a eu confluence des lésions précédemment séparées en* 1927).

Poumon gauche: Sommet légèrement obscurci, nombreuses et fines travées rejoignant de gros ganglions hylaires (*au lieu de quelques lésions fibro-nodullaire*).

Conclusions: Tuberculose ulcéro-fibro-caséeuse à droite, tuberculose légère du sommet gauche. Forte adénopathie.

Pronostic: Mort de la femme dans un avenir rapproché avec ou sans grossesse.

Discussion: Etant donné que les lésions pulmonaires sont fatalement progressives, et irréductibles, on décide de laisser évoluer la grossesse, la mère ne bénéficiant en aucune façon de l'interruption de celle-ci. Tout traitement doit être d'ordre général ou même local (pneumothorax), pour permettre à la femme de mener sa grossesse à terme ou aux environs de l'époque où l'enfant sera viable.

Suites éloignées: Le 13 mai 1930, l'infirmière visiteuse du dispensaire antiberculeux va voir cette malade. Sur son rapport elle ne signale pas la présence d'un nouveau-né ni les apparences d'un accouchement récent (terme 6 janvier 1930). Il se pourrait que la malade se soit fait avorté par un médecin moins consciencieux.

C. — *Grossesse trop avancée*

OBSERVATION *c*)

Mlle Be... Madeleine, Clin. Obs. et Gyn. 28 ans. Primipare. Entrée 16 novembre 1929.

Antécédents: Une sœur morte à 18 ans de tuberculose pulmonaire, malade pendant 4 ans.

Antécédents personnels: Tuberculose pulmonaire depuis 3 ans 1/2. Deux séjours au sanatorium, (fin 1926 et mi-1928). Une légère hémoptysie en 1927. Premières règles 15 ans, régulières, durée 3-4 jours, peu abondantes, douloureuses. (Plus abondantes longues depuis la maladie.)

Etat actuel:

1) *Obstétrical:* Dernières règles fin mai 1929, grossesse sixième mois.
2) *Pulmonaire:* Pas de symtômes pendant la première moitié de la grossesse. Fin septembre: une *poussée évolutive.* Depuis lors, *faiblesse plus prononcée. Anoréxie, expectoration* plus abondante; *toux redoublé.*

Examen des poumons: Au sommet droit, gargouillements à caractère tympanique, souffle caverneux, pectoriloquie aphone, et égophonie. Au milieu soufffle pleural, gros râles à la base, diminution de la respiration et vibrations vocales augmentées. Au sommet gauche, respiration sifflante, quelques râles sous-crépitants. Au milieux, quelques râles humides et piaulements.

L'examen radiologique (en Médicale A) indique une tuberculose évolutive.

Poumon gauche. Opacité de tout l'hémithorax, avec forte rétraction, et fort déplacement de tout le médiastin, vers la gauche, et avec une caverne dans le sommet gauche.

Le cœur est noyé dans l'opacité pleuro-pulmonaire gauche.

Poumon droit. Fines taches nodulaires disséminées.

(*Donc couenne pleurale gauche. — Tuberculose fibro-ulcéreuse du poumon gauche avec forte rétraction. Tuberculose finement nodulaire, fraîche à droite.*)

Discusion: Etant donné que les lésions sont avancées, que la femme est au sixième mois de sa grossesse, que le post-puerium serait aussi néfaste qu'après l'accouchement normal et surtout que la femme n'a qu'à attendre deux mois pour avoir un enfant viable, on décide de ne pas intervenir.

Suites éloignées: Le 18 février 1930, accouche normale-

ment. (Avait depuis quatre semaines de la dypsnée, des malaises fréquents et était enrouée.) Suites de l'accouchement normales, température 37/39° et 37/37°4. Meilleur état.

Observation *c* 1)

Cas d'une malade privée que je dois à l'amabilité du docteur Keller, directeur de l'Ecole des Sage-Femmes.

Mme Kl... Paul, 20 ans.

21 *mars* 1929. — *Grossesse du troisième mois.*

Le professeur Merklen conclut de ses examens «mauvais état; lésions mitrales; infiltrations bilatérales des deux poumons.»

«L'état pulmonaire ne tardera pas à s'aggraver en dépit des apparences et de l'état général actuel de la malade.»

Le docteur Keller estime que rien en prouve l'établissement d'une aggravation qui ne s'est pas encore manifestée. Que l'état social de la malade lui donne la possibilité de soins appropriés. Que l'intérêt de la mère ne justifie donc pas une intervention.

15 *mai* 1929. — *Grossesse du cinquième mois révolu.*

La question de l'interruption est de nouveau posée au docteur Keller.

Examen du professeur Merklen: Etat bacillaire identique à la dernière fois. *L'état général se maintient bon.* La malade n'a pas maigri et mange bien.

Radio (*voir fig.* 1). *Diaphragme de mobilité réduite; hémidiaphragme gauche légèrement festonné.* Poumons: *Marbures et fines mouchetures très floues étendues dans les deux tiers supérieurs des deux poumons. Quelques très légères zones d'éclaircissements latéralement dans la région sous-claviculaire gauche. Léger aspect de mie de pain dans le sommet droit.*

Cœur de grandeur normale, saillie dans l'arc moyen gauche et développement un peu augmenté du contour droit du cœur (*rétrécissement mitral*).

Conclusion: Bacillose finement nodulaire, disséminées dans les deux tiers supérieurs des deux poumons; avec cavernules dans la région sous-claviculaire gauche, et dans le sommet droit.

Appréciation du docteur Keller: Comme il l'avait pensé, la tuberculose ne s'est pas aggravée, l'état général est bon. Donc aucun fait nouveau n'est venu s'ajouter aux consdérations de mars 1929. Sauf un point qui même après une aggravation empêcherait toute intervention. C'est-à-dire, la grossesse arrivée à un stade où on ne l'interrompt plus, d'une part l'enfant étant viable dans deux mois et, d'autre part, la malade ne retirant aucun bénéfice d'une opération si tardive.

12 *juillet* 1929 — *Accouchement:*

Présentation du siège, épisiotomie, suture. Enfant vivant. Poids: 2,250 grammes. Envoyé à la Clinique Infantile pour vaccination au B.C.G.

Entre- temps, l'état général de la mère s'était maintenu très bon.

Dans ces quelques observations, nous voyons réunies la plupart des contre-indications qui peuvent empêcher une interruption. Car dans chaque cas, il n'y a pas, malgré tout, une indication simple.

L'état pulmonaire:

1) Des lésions assez légères pour que la maladie puisse supporter, et la grossesse, et l'affection. (Obs. A.)

2) Une affection si avancée, que, même sans grossesse, la femme soit condamnée à brève échéance. (Obs. B).

L'état général:

S'il est bon et n'a jamais subi d'aggravation depuis le début de la grossesse, la malade peut supporter plus que si elle est dans un état misérable. (Obs. A. — Obs. C 1.)

La possibilité d'un traitement médical (est influencé par les conditions sociales).

Si une grossesse dans les meilleures conditions est possible, le gain en est plus grand que celui d'une interruption toujours traumatisante. (Début de l'obs. C 1.)

L'état obstétrical: On consière l'interruption à partir du cinquième mois de la grossesse comme aussi choquante qu'un accouchement, et les suites aussi graves qu'un post-partum à termé. Donc le cinquième mois révolu, on n'intervient en général plus. (Obs. C 1.)

CHAPITRE IV

COMMENT ON LÉGITIME UNE INTERRUPTION

Observation Type

Mme Go-Se... Paula. (Observation 1922/1167 — Clinique Obs. et Gyn. — XIII) (Voir observation XXXIX). 26 ans.

Parité IV: 1928 — Avortement spontané du 5e mois.
1920 — A.N.T. (1) enfant vivant.
1921 — A.N.T. enfant mort à 4 mois 1/2 de tuberculose.

Antécédents: Premières règles: 13 ans, régulières, 4 se- Mère morte à 53 ans d'affection pulmonaire.

Père mort à 41 ans d'affection pulmonaire et cardiaque. Mère morte à 53 ans d'affection pulmonaire.

Pulmonaire: Rougeole. Depuis l'âge de 16 ans, anémie et affection pulmonaire. A 22 ans, séjour dans un sanatorium durant 3 ans. Il y a 5 mois, est traitée à la Méd. A. pour hémoptysie. Reste alitée 3 semaines.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernière règles 10 août 1922. Grossesse troisième mois.

2) *Pulmonaire:* Fin août 1926, 2 semaines au sana. Puis alitée 3 semaines. Toux et crachats augmentés dans les derniers temps.

Entré: 16 novembre 1922. Etat général médiocre. Femme petite, maigre. Etat de nutrition assez mauvais. Pommettes rouges; elle tousse passablement, expectore des crachats visqueux, par moments verdâtres, surtout abondants le matin. (Bacilles de Koch positifs.)

Examen gynécologique: Nous montre un utérus augmenté de volume, correspondant à une grossesse de trois

(1) Accouchement normal à terme.

mois révolus; il dépasse de trois travers de doigts la symphyse. Le col, fermé, a une longueur de 2-3 cm.

Examen des poumons: Sommets gauche et droit: Matité, à gauche plus prononcée. Respiration rude, expiration prolongée, craquements et râles nombreux, plus prononcés à gauche qu'à droite. Région des hiles: signes de bronchites.

On envoie la malade à la clinique Méd. A. qui nous donne la *réponse suivante:*

«Il s'agit d'une *bacillose,* de nature *évolutive,* des deux lobes supérieurs, surtout du lobe supérieur gauche. On pourrait peut-être observer la température de la malade pendant quelques jours; mais il n'y a pas de doute que les lésions évoluent, et qu'une *intervention pour interrompre la grossesse est strictement indiquée.*»
17 *février* 1922.

Tout de même, nous hésitons encore. Malgré la réponse tellement affirmative de la Clinique Méd. A, nous voulons encore observer la malade pendant quelques jours, voir la température, et, demander des précisions plus nettes de la part de la Clinique Méd. A.

Ce qui nous frappe, c'est le type *inversé* de la température à élévation plus prononcée le matin que le soir, ce qui parlerait en effet pour une tuberculose évolutive.
18 *février* 1922.

Lettre de la Méd. A. «Raisons pourquoi nous considérons ce cas comme *évolutif:* Au mois de juin, la malade était dans notre clinique durant quinze jours, où elle a fait une poussée récente sur une bacillose ancienne; poussée consistant en une élévation de température, râles sur le sommet gauche, diminution de poids. La température est tombée quelques jours après l'admission, et resta normale jusqu'à la sortie de la malade.»

«Avant-hier, lorsqu'elle s'est présentée à notre policlinique, on a constaté une *température* rectale de 37°4 et des râles sur le sommet gauche, en arrière, surtout après la toux. La *radioscopie* montre le lobe gauche supérieur finement marbré et des arborescences dans le lobe supérieur droit. Le sommet droit est granité. (*Diagnostic radiologique:* Tuber-

culose active du lobe supérieur gauche et du sommet droit avec péri-bronchite.)

«En autres choses, la malade indique avoir eu, il y a quelques jours, des crachats sanguinolants.»

«Hier matin, elle présentait une température rectale de 37°9!»

«*La radiographie a donné le résultat suivant: Marbrures et mouchetures fines, disséminées dans tout le lobe supérieur gauche. Taches floues dans la région préhilaire droite. Fines aborescences entre le hile et le sommet gauche qui est granité. (La nature floue et discrète des ombres montre qu'il s'agit d'un processus évolutif). Signé: le chef de service de Radiologie.* Nous ne pouvons malheureusement pas faire de comparaison entre les résultats radiologiques du mois de juin, puisqu'on a pas fait de plaque à ce moment.»

Conclusion: Vu l'élévation de la température, l'examen clinique, l'examen radiologique et l'hémoptysie, nous sommes fondés à dire qu'il s'agit d'un processus évolutif.»

19 *décembre* 1922.

Pas de changement. Légère élévation de la température. L'examen des poumons est à peu près le même, crachats surtout abondants le matin.

21 *décembre* 1922.

La température a type inversé persiste. Etat général assez bon. Crachats verdâtres.

22 *novembre* 1922.

Examen des poumons: Poumon *gauche:* Au sommet, submatité en avant et en arrière. Respiration rude. Expiration prolongée avec nombreux craquements. Râles sous-crépitants en masse, surtout après la toux. Hile: Respiration soufflante. Poumon *droit:* Submatité au niveau du sommet. Vibrations vocales exagérées, respiration rude avec expiration prolongée. Nombreux râles, mais moins abondants qu'à gauche.

La malade continue à tousser et à *cracher,* surtout le matin. Température subfébrile; tantôt plus élevée le matin que le soir (type inversé) tantôt à léger écart.

On a l'impression à l'auscultation des poumons qu'il y a une légère aggravation par rapport au dernier examen: râles bien plus nombreux, respiration plus rude et soufflante.

Discussion:

Etant donné l'opinion formelle des internistes;

Etant donné l'aggravation des signes cliniques en une semaine;

Etant donné le jeune âge de la malade;

Etant donné qu'elle a été enceinte trois fois auparavant, qu'un enfant est mort de tuberculose, qu'un autre est encore vivant et a besoin de ses soins (1).

Pensant que l'évolution s'arrêtera, que le processus se cicatrisera et que l'interruption procurera ainsi un avantage à la malade, *on se décide à interrompre la grossesse.*

Interruption, 23 novembre 1922.

Rachianesthésie (0,05 de cocaïne Templier + 0,25 de cofféine. On laisse s'écouler 10 cm³ de liquide c. r. anesthésie parfaite).

Hystérotomie vaginale antérieure. Curage digital (Fœtus du quatrième mois). Suture. Tamponnement utérin et vaginal.

Suites opératoires bonnes. Etat général amélioré. La toux a diminué et la température a baissé.

Sortie le dixième jour après l'intervention, température normale.

Suites éloignées: Voir feuille XXXIX.

(1) Si en médecine on faisait intervenir des raisons sociales, ce qui serait parfois désirable, on pourrait faire intervenir comme dernière raison les conditions d'existence de cette femme (qui sont celles d'à peu près toutes les malades de cette statistique); soit 3 personnes, dont 1 enfant, vivants dans un logement de 3 pièces (y compris la cuisine), propre, mais humide et sans soleil (loyer d'environ 80 francs) avec un salaire total mensuel de 400 francs (*fiche du dispensaire antiberculeux*).

On comprend maintenant qu'avec cela les résultats éloignés de nos interventions puissent être lamentablement influencés.

Les considérations légitimant l'intervention ci-dessus ajoutées aux contre-indications du chapitre précédent, résument en fait notre ligne de conduite, vis-à-vis de toutes nos tuberculeuses enceintes.

Et je crois que c'est le moment de citer les paroles prononcées par SCHICKELÉ au Congrès de Genève en 1923:

«Il est bien entendu qu'il est de notre devoir de venir en aide à nos malades. Or, une femme enceinte dont plusieurs lobes des poumons sont attaqués est perdue. En principe, il n'y a plus lieu d'interrompre la grossesse. D'un autre côté, le processus pulmonaire venant s'établir au début de la grossesse a un pronostic excellent. Nous savons qu'en interrompant de bonne heure il y a moyen de soigner et de guérir la malade. Mais entre ces deux cas types se placent ceux que nous nommerons intermédiaires, et qui souvent sont hérissés de difficultés. Mais en somme, on arrive toujours à une solution. Il faut, en principe, avec l'aide de l'interniste et du radiologiste, observer la malade. Il s'agit de reconnaître d'abord si le processus pulmonaire évolue et encore, si possible, de constater si cette évolution est plus rapide qu'en dehors de la grossesse. Toutefois, ce point est extrêmement délicat. Il nous est parfois impossible d'y répondre de façon précise. Tous les moyens d'examen à ce sujet font parfois défaut, y compris l'épreuve de la tuberculine. Et bien, dans beaucoup de cas, les simples moyens cliniques suffisent pour prendre une décision: l'état général, la température, le poids, et *dès qu'il est bien constaté qu'il y a aggravtion* et par cela danger, *nous avons le droit d'interrompre. Le mot d'ordre vis-à-vis de toutes ces malades doit être autant que possible d'amener la guérison, ou ce qui lui équivaut, une parfaite cicatrisation.* Les malades redevenant enceintes, doivent être observées de très près car, à la moindre rechute, la nécessité d'interrompre la grossesse peut s'imposer. Mais, nous voyons heureusement des cicatrices rester indemnes pendant la grossesse».

CHAPITRE V

NOS CAS (PENDANT 10 ANS 1/2)

a) *Interruptions simples.*

30 cas

Les indications générales de ces interruptions se trouvent dans le chapitre précédent, les remarques particulières inhérentes à chaque cas seront notées dans le chapitre VI relatant les vues d'ensemble.

OBSERVATIONS I — (1) 1919/109

Mme Ge...-St... Mathilde, C.G.O. entrée 31 janvier 1919. 33 ans. Primipare.

Antécédents: Premières règles 15 ans, régulières, toutes les 3 semaines. Durée: 1 semaine, peu abondantes, douloureuses.

Pulmonaires: Tuberculose depuis l'âge de 18 ans. En 1910, séjour au sanatorium. En 1911 et 13, autres séjours. A eu ces derniers temps des hémoptysies légères; et depuis peu, des douleurs dans le dos.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 8 décembre 1918, grossesse deuxième mois.

---

(1) Chaque observation comporte avec l'année le numéro du dossier. Les initiales «C.G.O.» signifient «Clinique Gynécologique et Obstétricale»; l'abréviation «E.S.F.» veut dire «Ecole des Sages-Femmes». Les chiffres romains sont les numéros d'ordre de la statistique.

2) *Pulmonaire:* Le 31 janvier 1919, légère hémoptysie. *Radio* (Méd. A.) *Infiltration des 2 sommets, infiltration fraîche dans le lobe supérieur gauche.*

Discussion de l'interruption: Apparition de lésions fraîches. On espère que l'interruption arrêtera ce processus évolutif et permettra à la malade une guérison.

Interruption: Le 13 février 1919, dilatation du col aux bougies de Hégar, mise en place d'une laminaire, tampon vaginal. Le lendemain, on retire la laminaire, canal pas assez perméable, curettage, tamponnement.

Suites: Simples (pas de fièvre) part le douxième jour après l'intervention.

Observation N° II — 1919/267.

Mme Sa.... Justine. C.G.O. Entrée 22 mars 1919, 23 ans. Cultivatrice.

Parité II: 1916. — A.N.T. enfant maladif.

Antécédents. Pr. règles 16 ans régulières, 28 jours. Durée 3/4 jours, peu douloureuses, peu abondantes.

Pulmonaires: Pneumonie à 8 ans. Depuis 3 ans rhume, toux, affaiblissement.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles fin décembre 18. Grossesse troisième mois.

2) *Pulmonaire:* Anémie, toux, crachats, à gauche matité du sommet, respiration rauque, sibilances, râles humides. *Radio* (Méd. A.) *Infiltrations du sommet à gauche. Taches des autres parties du lobe supérieur. Petites infiltrations récentes à droite.*

Cœur: Souffle systolique pulmonaire, persistance du canal artériel (radio).

Discussion: Etant donné les symtômes d'aggravation de la maladie, l'intervention est indiquée et même urgente.

Interruption: Dilatation aux Hégar, pose d'une laminaire, tamponnement col et vagin. Le lendemain, dilatation complétée par le dilatateur de Bossi. Curage digital. Curettage des cornes. Tamponnement.

Suites: Sans fièvre, sortie le septième jour.

Observation N° III — 1919/619.

Mlle Ka... Madeleine. E.S.F. Entrée 27 septembre 1919. 35 ans. Troisième pare.

Antécédents: Premières règles: 14 ans, régulières, 3,4 jours, peu abondantes.

Pulmonaires: ?

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles: 4 août 1919. Gr. sept semaines. Adressée au service par la Clinique Médicale B pour tuberculose des deux sommets.

2) *Pulmonaire: Il s'agit d'une infiltration des deux sommets. A l'auscultation, il y a des râles secs très fins, des craquements, une respiration rude. Elle n'a pas de fièvre ni de crachats.*

Discussion: Une intervention est indiquée, mais sans stérilisation, les lésions évolutives étant curables, et la femme assez jeune.

Interruption: Curettage.

Suites: Afébriles. Sortie le sixième jour.

Observation N° IV — 1919/1080.

Mlle Hu... Joséphine. C.G.O. Entrée 9 décembre 1919. 22 ans. Servante. Primipare.

Antécédents: Mère «affaiblie». Une sœur morte de phtisie. Premières règles 15 ans. Régulières, 4 semaines, 3/4 jours, moyennes, douloureuses les premiers jours.

Pulmonaires: Bien portante jusqu'au début 1919, depuis mars tousse. Fatigue, faiblesse. En juin apparition de douleurs dans le dos, de sueurs nocturnes, d'anorexie: *Pneumothorax artificiel* le 2 août 1919. Bacilles de Koch dans les crachats.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 8 septembre 1919. Gr. mi-troisième mois.

2) *Pulmonaire:* Poids stationnaire à 58 kilos. Crachats aussi fréquents qu'avant le pneumothorax mais plus de bacilles.

Auscultation: Limites des poumons normales en hauteur, bien mobiles, tympanisme à droite. (Pneumothorax artificiel.) Submatité hilaire. Matité de la limite postérieure et inférieure, à droite, sur deux travers de doigts. (Epanchement.)

Submatité du sommet gauche, mouvements respiratoires affaiblis au sommet droit et au-dessous du lobe inférieur droit. Respiration rude, exagérée, sur tout le côté gauche, expiration prolongée, râles crépitants du sommet gauche après la toux. *Radio: diaphragme bien mobile. Petit épanchement à droite.*

A droite: Pneumothorax, sommet opaque, coupole pas libre, adhérences, lobe inférieur pas complètement rétracté. Région médiane bien rétractée.

A gauche: Sommet opaque, ne s'éclaircit pas quand la malade tousse. Travées allant du hile au sommet.

Discussion: Tuberculose évolutive traitée avant le début de la grossesse par un pneumothorax. Atteinte du poumon resté libre. Dans l'espoir d'arrêter l'évolution, on interrompt la grossesse.

Interruption: Pose d'une laminaire. Tamponnement vaginal. Le lendemain, extraction de la laminaire, dilatation insuffisante, curettage. Irrigation, tamponnement.

Suites: 38°4 le quatrième jour. Part le sixième.

Observation N° V — 1920/10.

Mme Gu-Sp... Caroline. C.G.O. Entrée 27 décembre 1919. 42 ans.

Parité:

1897 — 1er accouch. (E.S.F.) enfant bien portant.
1901 — 2e » (E.S.F.) enfant bien portant.
1903 — 3e » (à la maison) enfant mort à 5 mois.
1905 — 4e » (à la maison) enfant mort à 8 jours.
1907 — 5e » (E.S.F.) enfant bien portant.
1909 — 6e » (à la maison) enfant mort à 4 mois 1/2.
1911 — 7e » (à la maison) enfant mort à 11 mois.
1913 — 8e » (à la maison) enfant mort à 5 mois.
1914 — 9e » (à la maison) enfant mort à 4 mois.
1918 — 10e » (à la maison) enfant bien portant.

Antécédents: Père mort à 37 ans de tuberculose. Mère morte à 67 ans de pneumonie double. Mari phtisique depuis 20 ans. Premières règles 14 ans, irrégulières, 8/12 jours, abondantes, non douloureuses. Depuis la dernière grossesse, souffre des poumons. Point douloureux.

Depuis 2 mois, (4 mois après le début de l'actuel grossesse) tousse et crache beaucoup.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 13 juillet 1919. Gr. 5e/6e mois.

2) *Pulmonaire: (Méd. B.) Tuberculose pulmonaire en voie de progression. Foyers frais parsemés dans les poumons.*

Discussion: Etant donné l'aggravation subie depuis la dernière grossesse.

L'apparition de lésions fraîches depuis le début de cette grossesse.

Que sur 11 enfants, 3 vivent encore.

On décide d'interrompre cette grossesse bien que le terme en soit un peu avancé. Cependant, si le post-puerperium est aussi dangereux qu'après un accouchement à terme, à égalité de risques, on gagne en plus 4 mois de lutte de l'organisme contre la tuberculose activée par la grossesse.

Interruption: Pose d'une laminaire. Le lendemain pas de douleurs; pose d'un ballon. Le surlendemain peu de douleurs, expulsion du ballon, rupture de la poche, pose d'un nouveau ballon. Le quatrième jour ballon expulsé, anesthésie générale au *chlorure d'éthyl*, abaissement d'un pied auquel on attache un poids, 6 heures après expulsion du fœtus. Deux heures après l'expulsion, anesthésie générale au *chloroforme*, décollement du placenta, hémorragie, irrigation, tamponnement serré. Injection de sérum physiologique.

Suture d'une forte déchirure du col.

Suites: Sans fièvre, part le quinzième jour.

Suites éloignées: (Renseignements du dispensaire antituberculeux) 18 mai 1925: plus de signes radiologiques de tuberculose. 15 février 1929: Sortie du dispensaire, guérison apparente.

Observation N° VI — 1921/68.

Mme Ma.-Kl... Catherine. C.G.O. Entrée 11 janvier 1921. 27 ans.

Parité: III, 1917. — A.N.T. enfant vivant.

1920. — A.N.T. enfant mort au seizième jour.

Antécédents: Premières règles 17 ans, régulières, 8 jours, abondantes, douloureuses. Une sœur et un frère morts de tu-

berculose. Durant la deuxième grossesse, à partir du quatrième mois, apparition d'hémoptysies répétées, de lassitude, d'amaigrissement, de douleurs dans l'hémithorax droit.

Depuis le début de l'actuelle grossesse, apparition de fatigue, de points douloureux dans le côté. Amaigrissement. Cet état empire, la malade se couche, a une hémoptysie moyenne. Affaiblissement général. Evanouissements légers.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles: 15/10/20, Gr. troisième mois.

2) *Pulmonaire:* Points douloureux sous l'omoplate droite. Gêne respiratoire, amaigrissement, anoréxie. Ni toux ni sueurs. *Radio* (Méd. A.) *Fine sclérose interlobaire, au milieu du champ pulmonaire droit.*

Les deux ombres hilaires élargies avec ramifications renforcées. Surtout à gauche quelques légères traînées ascendantes discrètes entre le hile et le sommet gauche.

Sommet gauche: Granulé. Sommet droit: Nuageux.

Lésions discrètes des sommets. Péri-bronchite légère entre les hiles et les sommets. Actuellement le processus ne semble pas évolutif. Mais il n'est pas encore cicatricé, donc processus de tuberculose latente.

Discussion: Bacillose fibreuse du sommet droit.

L'interruption peut se justifier mais ne s'impose pas (Méd. A.).

Vu les données de la radio, combinées aux antécédents typiques, on décide l'interruption de peur d'un réveil de ce processus, les aggravations des symptômes aux deux dernières grossesses étant un signe inquiétant.

Interruption: En deux temps. Pose d'une laminaire moyenne, tampon vaginal. Bonnes douleurs. Le lendemain, curettage. Tamponnement à la soude.

Suites: Apyrétiques, part le quatrième jour.

Observation N° VII — 1921/285.

Mlle Wr... Madeleine. E.S.F. Entrée 22/3/1921. 35 ans. Primipare.

Antécédents: Un frère mort tuberculeux. Premières règles à 11 ans, régulières.

Pulmonaires: ?

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 14 janvier 1921. Gr. 2 mois 1/2.

2) *Pulmonaire: Envoyée par la Méd. B. signes cliniques: matité sur le sommet gauche devant et derrière. Râles nombreux de ce sommet.*

Discussion: Avis de la Méd. B: La malade a des chances de se remettre après traitement. L'interruption, la cure sanatoriale sont indiquées, mais la stérilisation ne l'est pas.

Interruption: Curettage et tamponnement.

Suites: Apyrétiques, sortie 8 jours après.

Observation N° VIII — 1921/781

Mme An.-Gr... Eugénie. C.G.O. Entrée: 18 juillet 1921 30 ans.

Parité II: 1918 A.N.T.

Antécédents: Premières règles 14 ans, régulières, 4 semaines, 2 jours, faibles, peu douloureuses.

Pulmonaires: 1918, grippe. Tousse depuis. Crachats épais respiration difficile, étouffements.

Depuis le début de cette grossesse, accentuation des symptômes, poussée fébrile jusqu'à 39°. Amaigrissement considérable.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles: fin avril. Gr. 2/3e mois.

2) *Pulmonaire:* (*Méd. A.*) *pulmonaire évolutive.*

Discussion: Les internistes pensent que la grossesse une fois interrompue, l'aggravation des lésions pulmonaires s'arrêtera et que la guérison pourra survenir, après traitement approprié.

Interruption: Injections de 0,02 de Pantopon. Légère narcose au chloroforme. Curettage. Tamponnement à la soude.

Suites: Apyrétiques, part le sixième jour.

Observation N° IX — 1921/786

Mme Ga.-We. Anna. C.G.O. Entrée 17 juillet 1921. 25 ans.

Parité III: 1917 — A.N.T. enfant vivant.

1920 — A.N.T. enfant vivant.

Antécédents: Père souffrant d'une affection pulmonaire depuis la guerre. Premières règles: 15 ans, irrégulières, (tous

les 15 jours ou toutes les 4 à 6 semaines), abondantes, durée 8 jours.

Pulmonaires: 6 ans: rougeole, pneumonie. Diphtérie. 4 semaines dans un sanatorium. A huit ans, 6 semaines dans un sana. Aspect chétif. A 14 ans, fièvre, anoréxie, toux, crachats verts striés de sang. 10 semaines dans un sanatorium.

1917, est enceinte, accouche. Recrudescence de sa maladie. 1919, 2e gr. mal supportée. Depuis, a de la fièvre durant des semaines et des sueurs nocturnes.

Depuis le début de l'actuelle grossessse, l'état général s'est aggravé, il y a plus de fièvre, amaigrissement considérable, affaiblissement, toux et crachats.

Etat actuel. 1) *Obstétrical:* Dernières règles, 23 juin 1921. Gr. deuxième mois.

2) *Pulmonaire:* (Méd. A.) *Tuberculose fibreuse avec poussée fraîche.*

Discussion: Vu le mauvais état général, vu que des processus évolutifs sont apparus au milieu d'une tuberculose fibreuse, que la malade a déjà des enfants vivants, que son jeune âge lui permet après guérison d'en avoir d'autres, dans son intérêt et dans l'intérêt des enfants, on décide d'interrompre la grossesse.

Interruption: Curettage, irrigation, tamponnement.

Suites: Fièvre les deux premiers jours, tombe après. Part le 9e jour.

Observation: *N°* X — 1921/1222.

Mlle S.... Marie, C. G. O. Entrée 11 novembre 21. 29 ans. Employée dans un restaurant.

Parité II: 1916. — A.N.T. enfant vivant.

Antécédents: Premières règles: 15 ans, régulières, 5/6 jours, peu abondantes, non douloureuses.

Pulmonaires: en 1920: affection de la plèvre.

Depuis le début de la grossesse, mauvais état général et troubles pulmonaires plus accentués (Méd. A. Professeur BARD).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernière règle, 17 août 21. Gr. 3e mois.

2) *Pulmonaire: Radio: opacité homogène dans le tiers inférieur droit (reliquant d'épanchement). A la hauteur de l'interlobe, entre le lobe supérieur et inférieur, une bande opaque, qui n'est nettement visible et bien limitée que dans les incidences supérieures. (Reliquat d'épanchement interlobaire). Très fines mouchetures dans le lobe droit supérieur et moyen. Marbrures dans le lobe supérieur gauche, quelques taches dans le sommet gauche, plus anciennes.*

Tuberculose finement nodulaire des lobes droits supérieur et moyen.

Tuberculose péri-bronchique du lobe supérieur gauche.

Un foyer ancien dans le sommet gauche.

Discussion: Tuberculose évolutive chez une jeune femme ayant un enfant vivant. L'interruption de la grossesse permettra sans doute après traitement la guérison de la tuberculose et la possibilité d'autres grossesses normales.

Interruption: Curettage, tamponnement.

Suites: apyrétiques, Part le 5e jour.

Observation N° XI — 1922/75.

Mlle Sa... Georgette. C. G. O. Entrée 31 décembre 22. 24 ans. Cuisinère. Primipare.

Antécédents: pr. règles 15 ans, régulières, 4 semaines, 4 jours, douleurs et abondance considérables. Père mort d'affection indéterminée. Un frère bacillaire.

Pulmonaires: A toujours beaucoup toussé, surtout durant les hivres 15, 16 et 17 (Tuberculose). Depuis le début du 2e mois de la grossesse, a considérablement maigri. Anoréxie. Vomissements douloureux.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles. 26/9 — Gr. 3e mois. Vomissements. Présence d'acétone dans les urines. Est, durant 20 jours, traitée pour vomissements incoecibles.

2) *Pulmonaire*: (Méd. A.) Sommet gauche: légère submatité, obscurité respiratoire, respiration soufflante. Reste du poumon: respiration un peu rude. Sommet droit: Matité, vibrations vocales augmentées. Respiration soufflante, expiration prolongée, quelques craquements. *Radio. Ancien foyer tuberculeux a tendance fibreuse sur le sommet droit. Par contre, à gauche, lésion tuberculeuse évolutive toute fraîche.*

Discussion: Les symtômes apparaissant depuis le début de la grossesse; la lésion pulmonaire évolutitve, opposée à un ancien foyer; le jeune âge de la malade, permettent d'espérer la guérison après interruption de la grossesse, et plus tard une nouvelle grossesse.

Interruption: Piqûre de 0,02 de Pantopon. Introduction d'un ballon fixé avec un poids de 500 gr. Quelques heures après expulsion du ballon déchiré, on ne remet un autre. Le lendemain, on sert le ballon, on fait une narcose à l'éther. Curage impossible: on pince sur un doigt le fœtus et on le retire avec son placenta. Curettage, irrigation, tamponnement.

Suites: température subébrile, part de septième jour.

Observation N° XII — 1922/897.

Madame Wo.-Jo.... Mathilde. E. S. F. Entrée 11 novembre 1922. 25 ans.

Parité III: 1920: — A.N.T.
1922: — A.N.T.

Antécédents: Pr. règles 12 ans, 4 semaines, 8 jours, abondantes.

Pulmonaires: Tuberculose depuis la première gr.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles il y a 7 semaines.

2) *Pulmonaire: radio (Méd. B.) Infiltrations assez denses de foyers broncho-pneumoniques, caséeux, tuberculeux, dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Dans le poumon droit, quelques foyers de la grossesse d'une noix au lobe supérieur droit. Anciennes adhérences aux deux hémi-diaphragmes qui sont peu mobiles. Quelques petites cavernes de la grosseur d'une noix dans le lobe supérieur gauche. Cœur et aorte fixés à gauche, outre cela normaux. Diagnostic: affection tuberculeuse de forme caséeuses, broncho-pneumonique dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche et dans le lobe supérieur droit.*

Discussion: Poumon gauche fortement lésé; poumon droit atteint, tous deux d'un processus évolutif, sévère. La malade a deux enfants. Bien qu'elle soit encore jeune, il est peu probable qu'elle guérisse assez complètement pour mener à bien de nouvelles grossesses. L'interruption actuelle est indiquée

pour permettre la guérison sans espoir futur, de nouvelles maternités.

Interruption: Anesthésie générale au chlorure d'éthyl. Curettage tamponnement.

Suites: sans fièvre. On conseille à la malade de revenir se faire stériliser après la cure.

Observation N° XIII — 1922/1167

Madame G.-L... Paula. C. G. O. citée en entier au chapitre précédent. (p. 74).

Observation N° XIV — 1922/1248.

Mlle Ru... Eve. C. G. O. Entrée 19 décembre 22. 22 ans. Servante. Primipare.

Antécédents: pulmonaires: A 3 ans, pneumonie. A dix ans, diphtérie. En 1918, grippe. En 1919, quelques hémoptysies. En 1920, pleurésie.

Séjour au sana bien portante jusqu'à sa grossesse, elle épreuve alors une fatigue générale, tousse crache abondamment, a parfois 39° de fièvre. A eu deux fortes hémoptysies.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 28 octobre 1922. Gr. 3e mois.

2) *Pulmonaire:* vers mi-octobre, tousse, a des poussées fébriles (39°) fatigue, crachats. Temp. actuelle 38°. *Sommet gauche.* Expiration prolongée et rude. Nombreux râles sous-crépitants en arrière jusqu'aux hiles. Râles plus nombreux dans la fosse sous-claviculaire. *Sommet droit:* en arrière quelques râles sous-crépitants, moins nombreux qu'à gauche et seulement localisés au sommet. *Radio. Marbrures discrètes dans le lobe supérieur gauche et dans le sommet droit.*

Discussion: Tuberculose évolutive, recevant un coup de fouet du fait d'une grossesse, chez un femme jeune qui, guérie, pourra avoir d'autres grossesses.

Interrupton: Hysterotomie vaginale antérieure, curage, suture, tamponnement.

Suites: la température encore à 38° la veille et l'avant-veille de l'opération, descend et se maintient au-dessous de 37°. Part le 14e jour.

Suites éloignées: Revue en juin 1925 par le docteur CZACZKES. Se porte très bien, ne présente aucun symtôme, travaille dans une ferme.

Observation N° XV — 1923/696a.

Maame Sc.-Br.... Lucie. E. S. F. Entrée 25 juillet 1923. 24 ans.

Parité IV: 1920 — 1er A.N.T. enfant vivant.
1921 — 2e A.N.T. enfant vivant.
1922 — 3e A.N.T. enfant vivant.

Antécédents: Père pulmonaire. Deux sœurs pulmonaires; Pr. règles 12 ans, irrégulières (intervalles de 14 jours à 2 mois). Durée 2 jours, moyennes.

Pulmonaires: pas de maladie d'enfance. Un peu anémique. A 16 ans, pleurésie sèche. Après guérison, fréquente de 1916 à 1920, le dispensaire antituberculeux. En 1918, séjour de 3 mois à un sana. Se sent bien, va habiter Strasbourg. En 1920, accouchement bien supporté. Deux mois après, hémoptysies reste couchée durant 2 mois. En 1921, 2e grossesse et accouchement normal. Pas de suites particulières. En 1922, 3e gr. Douleurs thoraciques, amaigrissement, augmentation de la toux, accouchement normal en décembre. Hémoptysies en janvier et février 1923. Ne présentait pendant longtemps qu'une respiration rude aux deux sommets et quelques rares craquements. Les symptômes se sont aggravés dans la suite. Temp. 37,2 à 39° axillaire.

Etat actuel: 1) *Obstérical:* dern. règles avril 1923. Gr. 3/4e mois.

2) *Pulmonaire:* Aggravation des symptômes. Hémoptysies répétées les 4 dernières mois. Affaiblissement. Amaigrissement. Fièvre 38,7°. Depuis 15 jours râles fins aux deux sommets, après la toux dans les fosses sus-épineuses. *Radio. Hiles élargies avec foyers anciens. Traînées fibreuses entre le hile et la base droite, et plus légères entre les hiles et les sommets; qui contiennent de légers nuages (péri-bronchite fibreuse entre le hile et la base droite et entre le hile et le sommet), légère affection des sommets.*

Discussion: Vu l'aggravation nette de l'état général (amaigrissement, toux, hémoptysies) et de l'état local (voir les exa-

mens), en décide d'interrompre la grossesse dans l'intérêt de la mère et des enfants.

Interruption: Anesthésie générale au chloroforme. Hystérotomie vaginale antérieure. Curage, curettage, tamponnement, suture.

Suites: le troisième jour, poussée de fièvre à 38°. Suites simples. Levée le 15e jour. Apyrétique.

Suites éloignées: (fiches du dispensaire antituberculeux). 19 février 1930. Travaille toujours; 2 juin 1930. Portée malade après une hémoptysie .

Observation N° XVI — 1923/936.

Madame Tr.-Os... Catherine. C. G. O. Entrée 14 août 1923. 30 ans.

Partié II: 1921 — A.N.T. enfant mort à 6 mois de broncho-pneumonie.

Antécédents: pr. règles 14 ans, rég. 4 semaines 3 jours.

Pulmonaires: à 9 ans; pneumonie. A 28 ans, début de l'affection pulmonaire, sueurs nocturnes, toux, anoréxie. En 1922 grippe, reste alitée, passe 18 semaines au sans, hémoptysies. (donc tuberculose depuis la première gr.).

Depuis la deuxième gr. affaiblissement et douleurs dans le dos. Aspect général moyen.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 20/5. gr. 3e mois.

2) *Pulmonaire:* méd. A. diminution du bruit respiratoire sur le côté droit. Au sommet droit, léger souffle. Dans les parties moyennes, gros râles humides. Régions sous-claviculaires soufflantes avec quelques râles humides. Sommet gauche: s. p. *Radio; tâches serrées, denses dans le sommet et la région sous-claviculaire droites avec rétractions et déplacements du médiastin à droite. Marbrures floues dans la région péri-hilaire, et sous-claviculaire gauche.*

Tuberculose à tendance fibreuse du lobe supérieur droit. Tuberculose plus fraîche à gauche.

Discussion: Les signes cliniques ont augmenté depuis le dernier examen. L'état général est mauvais. La malade a maigri. L'interruption est indiquée.

Interruption: anesthésie générale à l'éther. Hystérotomie vaginale antérieure.

Suites: Les deux premiers jours après l'opération, la température est à 38, 38,4°, puis descend et reste à 36. Part le 12e jour.

Suites éloignées: Morte à Saint-François le 14 mars 1927.

Observation *Ns XVII* — 1925/787.

Mlle Cc... Berthe. C. G. O. Entrée 2 juillet 1925. 20 ans. *Parité* II 1923 — A. N. T. enfant vivant.

Antécédents: 1924, «catarrhe pulmonaire». au sans d'Aubure. Pr. règles 12 ans, 4 semaines, 3 jours, peu abondantes, indolores. Depuis le premier accouchement, abondantes et durant 10 jours.

Tuberculose latente (suivie au dispensaire antituberculeux).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dernières règles 19 février 1925. Gr. 3e/4e mois.

2) *Pulmonaire:* anoréxie. Fatigue. Température buccale entre 37,5 et 38°. La tuberculose a nettement pris un caractère évolutif depuis le début de la grossesse. Le catarrhe qui, il y a 10 jours, était à peine perceptible, augmente rapidement. (Dispensaire.) *Radio: Tuberculose des deux sommets, discrète mais indiscutable (Méd. A.).*

Discussion: Tbc. latente prenant un caractère évolutif du fait d'une grossesse, chez une femme de 20 ans déjà mère d'un enfant vivant. L'interruption de la grossesse actuelle permet de prévoir une guérison rapide et des grossesses ultérieures.

Interruption: anesthésie générale au chloroforme et éther. Hystérotomie vaginale antérieure, sans incision de l'orifice externe. Curage, tamponnement, suture.

Suites: Subfrébrile jusqu'au cinquième jour, part le douzième jour.

Suites éloignées: (dispensaire) l'a quitté sans jamais donner de ses nouvelles depuis l'interruption.

Observation N° XVIII — 1927/164.

Madame Ge-Ba... Emilie. E. S. F. Entrée 28 janvier 1927. 23 ans. Seconde pare. En 1925 un accouchement normal à terme.

Antécédents: Père mort de causes inconnues. Mère morte de tuberculose. Premières règles: 13 ans, tous les mois, 3/4 jours.

Pulmonaire: Tuberculose depuis plusieurs années.

Pneumothorax artificiel droit. Etat relativement bon jusqu'à la mi-janvier 1927.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 25 février 1926. Gr. fin dixième semaine.

2) *Pulmonaire:* depuis la mi-juin, élévation de la température. 37,9° axillaire. Accentuation des symtômes: toux, expectoration (présence de bacilles) malaise général. Sueurs nocturnes.

Auscultation: respiration soufflante. Pas de râles ni de craquements.

A la percussion, sonorité des deux côtés.

Radio: Pneumothorax partiel à droite. Le lobe droit supérieur n'est pas décollé (adhérences). Léger obscurcissement du lobe droit supérieur. A gauche, taches nuageuses dans le sommet. Taches entre le sommet et le hile gauche. (Légère tuberculose du sommet avec péri-bronchite entre le sommet et le hile gauche. Tuberculose du lobe droit supérieur.) (*Méd. B.*)

Discussion: Etant donné l'aggravation nette de l'état de la malade, on conseille l'interruption.

Interruption: en deux temps. Le 11 février, dilatation du col, temponnement utérin. (Pas d'anesthésie vu l'état pulmonaire). Légères douleurs. Le 12, on retire le tampon, dilatation, curettage, tamponnement, à la soude.

Suites: apyrétiques. S'en va le sixième jour.

Suites éloignées: 26 juin 1929. Refuse un pneumothorax artificiel (Méd. B.) 11 juin 1930: va bien. (Fiche du dispensaire antituberculeux).

Observation N° XIX — 1927/769a

Madame Ko-Kr.... E. S. F. Entrée 12 juillet 1927. 19 ans. Primipare.

Antécédents: premières règles: 14 ans, régulières, 7/8 jours, abondantes, douloureuses.

Pulmonaire: elle nie toute maladie. Dit être sujette aux refroidissements. A partir de Juin 1927, après un refroidissement?: toux, expectoration, amaigrissement, anoréxie.

Radio: (*Méd. B*) *le 9 juillet. Infiltrations tuberculeuses fibro-caséeuses des deux tiers supérieurs du poumon gauche, avec grosse caverne. Infiltrations plus floues, très actives des deux tiers supérieurs du poumon droit, avec probablement une caverne dans la partie moyenne.*

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles fin avril. Gr. troisième mois.

2) *Pulmonaire:* température subfrébrile 36,8; 37,4°. Radio (*le 16 juillet par le même radiologiste*). *Tuberculose active et évolutive au lobe supérieur gauche: lobe supérieur droit et partie moyenne du poumon droit avec formation de cavernes des deux côtés.* Donc, aggravation nette.

Le 22 juillet, (méd. B.) tuberculose évolutive des 2/3 sup. des 2 poumons et du larynx. La grossesse a donné un coup de fouet.

Discussion: La malade ne survivrait pas aux 6 mois de grossesse qui lui restent à parcourir. De toutes manières, l'enfant est perdu, l'interruption est nécessaire (interniste).

Interruption: en 2 temps. 24/7. Dilatation. Tamponnement utérin. 26/7, pas de douleurs, renouvellement du tampon. 27/7, dilatation facile, curettage, tamponnement.

Suites: temp. 37,8 et 37,9° les 2 jours suivants. Se lève le 7e jour.

Observation N° XX — 1927/927.

Madame Ei-Hu... Louise. E. S. F. Entrée 22. 8. 27. 26 ans. Primipare.

Antécédents: pr. règles 12 ans. 4 semaines, 6 jours, moyenne abondance, douloureuses.

Pulmonaires: grippe en 1918. S'est bien portée jusqu'en juin1927, date des dern. règles. Depuis, toux légère, irritation de la gorge, anoréxie, amaigrissement (de 5 livres en 4 mois).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Gr. deuxième mois. D. R. juin 1927.

2) *Pulmonaire:* matité du lobe supérieur droit, respiration soufflante. *Radio. (Méd. B). Foyers pleuro-pulmonaires au lobe sup. droit, avec fort rétrécissement. Nombreux foyers moyens*

et petits à la partie moyenne du poumon droit. Adhérences, hile, diaphragme droit, aorti-pleuro-pericardique, bord gauche du cœur.

Discussion: Aggravation rapide à craindre (interniste).

Interruption: pas d'anesthésie. Dilatation, curettage. Tamponnement à la soude.

Suites: Part le sixième jour s. p.

Suites éloignées (fiche du dispensaire antituberculeux). 30 septembre 27: refuse la cure sanatoriale. 4 octobre 1928: Mort.

OBSERVATION N° XXI — 1927/1323

Madame Ri-De... Aline. E. S. F. Entrée 2 décembre 27 (voir la feuille 1928/951 — N° XLII). 28 ans.

Parité V: 1922 — A. N. T. enfant mort à 2 ans.
1924 — Avortement du quatrième mois.
1926 — A. N. T.
1927 — Accouchement prématuré du septième mois, mois, enfant vivant.

Antécédents: pr. règles 13 ans, régul. 4 semaines, 4/5 jours, moyennes, non douloureuses.

Pulmonaires: nie toute affection antérieure. Séjour au Dispensaire d'avril à Septembre 1927.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles, septembre 1927? Gr. troisième/quatrième mois.

2) *Pulmonaire: Etat général très mauvais. A maigri depuis quelques semaines.* Tousse. Expectore peu. *A l'auscultation* aux 2 sommets, respiration rude. Expiration prolongée. Sommet droit: quelques sibilences et râles humides, dans la fosse sus-claviculaire et sus-épineuse. *Radio. Marbrures et mouchetures floues, dans le lobe droit sup. Marbrures légères dans le sommet et la région sous-calviculaire gauche. Temp. entre* 36,5 *et* 37,5° *axillaire.*

Discussion: très mauvais état général. Tuberculose évolutive.

Interruption: en deux temps. Dilatation du col, pose d'une laminaire.

Le lendemain, légère anesthésie au chlorure d'étyle, curage digital impossible. Tamponnement utérin et vaginal. Le troi-

sième jour, légère anesthésie au chloroforme. Dilatation, curage. On retire un fœtus enclavé de 13 cm. La grossesse était plus avancée que la date des dernières règles ne le laissait supposer. Léger coup de curette, irrigations chaudes. Tamponnement à la soude.

Suites: temp. durant 4 jours 37,2 et 37,8° axillaire. Part le huitième jour.

Suites éloignées: (Voir observation XLII.)

Observation N° XXII — N° 1927/1359

Madame Sch.-Ja... Emma. C. G. O. Entrée 7 décembre 27. 25 ans.

Parité II: 1921 — A.N.T. enfant vivant (hémorragie et rétention d'un débris organique?).

Antécédents: pr. règles 17 ans, 4 semaines. 3 jours,, peu abondantes, peu douloureuses. Père tuberculeux.

Pulmonaires: a toujours été traitée pour affections pulmonaires. Depuis août 1927, fièvre vespérale.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 3 septembre 27. — Gr. troisième mois.

2) *Pulmonaire: (méd. B.) Radio: foyer assez transparents frais et actif, de forme triangulaire dans le lobe sup. gauche. Il y a très probablement une caverne dans cette infiltration. Rares traînées vers la base du lobe sup. droit mais pas de nodules visibles. Diaphgrame bien mobile. (Tuberculose active et évolutive, avec très probablement une caverne du lobe sup. gauche).*

Mauvais état général. Matité des 2 poumons. A gauche, en avant, respiration soufflante marquée à la toux (caverne).

Discussion: Femme jeune, ayant déjà un enfant vivant, atteinte d'une tuberculose évolutive. Début d'une atteinte de l'autre poumon. Mauvais état général, indication d'interruption pour enrayer le mal et permettre une guérison.

Interruption: Hystéromie vaginale antérieure. Curage, tamponnement, suture.

Suites simples: part le quinzième jour.

Observation N° XXIII — N° 1927/1363a

Madame Bo-Fi... Emma. E. S. F. (voir obs. b — chapitre III). Entrée 17 décembre 27. — 24 ans.

Parité II: 1925 — A. N. T. enfant vivant.

Antécédents: pr. règles 14 ans, 4 semaines 1/2. 4 à 5 jours, peu abondantes, non douloureuses.

Pulmonaires: en 1926, début d'une tuberculose pulmonaire du sommet droit. Tousse et expectore depuis.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 16 septembre 27. Gr. troisième mois.

2) *Pulmonaire: tuberculose fibro-caséeuse. Radio (Méd. B.) Grosses lésions avec au moins 3 cavernes dans les 2/3 sup. du poumon droit. Aspect essentiellement caséeux. A gauche, lésions fibro-nodulaires, moins importantes que dans le lobe sup. droit.* Présence de bacilles dans les crachats.

Discussion: Vu le caractère aigu de la tuberculose, il serait impossible à la malade de conduire sa grossesse à terme.

Interruption: Anesthésie rachidienne. Hystérotomie vaginale antérieure. Curage, suture, tamponnement.

Suites: quelques maux de tête, 38°,2 le troisième jour, part le septième.

Suites éloignées: (voir obs. b) chapitre III).

Observation N° XXIV — 1928/69a.

Mlle Str.... Marthe. E. S. F. Entrée 17 janvier 28. 21 ans. Sténodactylographe.

Parité II: — 1925 A. N. T. enfant vivant.

Antécédents: pr. règles 14 ans, 4 semaines, 4/5 jours, ni abondantes, ni douloureuses.

Pulmonaires: à 6 ans, pneumonie. A 12 ans, grippe (1918) Depuis un an, affection bacillaire. 6 mois au sanatorium: *pneumothorax artificiel.*

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 13 novembre 27. Gr. deuxième mois.

2) *Pulmonaire: Radio (Méd. B.) Pneumothorax à gauche; foyer fibreux, peu large dans le lobe sup. gauche. Foyers péribronchiques sans nodules dans le lobe sup. droit. Adhérences, pleuro-péricardiques au bord droit du cœur.*

Radiographie No. 2
Madame AD . . ., Cas XXVI E. S. F. (page 98)
Interruption acceptée

Discussion: La radio montre au sommet droit une légère infiltration tuberculeuse. Puisqu'il y a danger d'extension de ce processus dans le courant de la grossesse, fait qui compromettrait les résultats du traitement déjà obtenus, on croit l'interruption indiquée.

Interruption: Anésthésie rachidienne. (Insuffisante, on donne un peu de chloroforme). Hystéromie vaginale antérieure. Curage, tamponnement, suture.

Suites: fortes céphalées. Douleurs lombaires, 20 cm³ d'eau distillée en I. V. ainsi que le surlendemain. Le deuxième joru, 38,5° Part le seizième jour.

Suites éloignées: (fiche du dispensaire antituberculeux). 4 mai 28. Guérison apparente. Nov. 1929. Mariée, partie près de Saverne.

Observation N° XXV — 1928/857.

Madame Gr.-Fl... Albertine. E. S. F. Entrée le 5 juillet 25. 33 ans.

Parité II: 1914 — A. N. T. enfant mort à 2 ans.

Antécédents: pr. règle 16 ans, régul. peu abondantes.

Pulmonaires: 1924, affection pleuro-pulmonaire. Persiste après un séjour au sanatorium. Juillet 1925, *pneumo-thorax artificiel gauche* (Méd. B.) abandonné après épanchements purulents. Poumon droit intact. Etat satisfaisant.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 21 avril 28. Gr. début troisième mois.

2) *Pulmonaire:* fléchissement de l'état général. Amaigrissement. Congestion douloureuse du poumon droit. Toux. *Radio. A gauche ancien pneumothorax; à droite, apparition depuis le début de la grossesse de petits foyers, inexistants auparavant. Petits nodules en amas dans le lobe sup. droit, à la hauteur du premier espace intercostal* (*Méd. B.*).

Discussion: Etant donné l'aggravation de la maladie, depuis le début de la grossesse et l'atteinte du poumon sain, l'interruption est indiquée.

Interruption: en 2 temps. Anesthésie générale à l'éther. Dilatation du col, pose d'un tampon. Le lendemain pas de douleurs, nouveau tamponnement. Le surlendemain pas plus de dilatation. Curettage assez facile. Tamponnement à la soude.

Suites simples: part le septième jour.

Suites éloignées: en Novembre 1928: séjour au sanatorium jusqu'au mars 1929, avec pertes de 5 kilos. 15 décembre 29: Mort.

Observation N° XXVI — 1929/1608

Madame Ad.-Kr... E. S. F. Entrée 26 avril 29 (voir Fig. 2). 29 ans.

Parité II: 1925 — A.N.T. enfant vivant.

Antécédents: premières règles: 13 ans, régul. 2 jours, peu abond. douloureuses.

Pulmonaires: anémie de la puberté. Grippe en l'hiver 28/29. Fatigue, toux, *radio* (Méd. B.). Montre des lésions pulmonaires.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Gr. 2 mois 1/2.

2) *Pulmonaire: toux, expectoration, temp.* 38°. *Radio* (*méd. A. voir Fig.* 2) *Infiltration du lobe gauche sup. avec une caverne de la grosseur d'une mandarine, dans la région sous-claviculaire gauche.*

Un lacis d'arborisations dans le lobe sup. droit. (*Tuberculose caséo-ulcèreuse du lobe gauche sup. avec caverne. Tuberculose péri-bronchique dans le lobe sup. droit*).

Discussion (Méd. A.) Grossesse de stade peu avancé, Tuberculose ulcéro-caséeuse.

Interruption: anesthésie rachidienne. Hystéromie vaginale antérieure. Curage digital. Suture, tamponnement.

Suites: la temp. reste aux environs de 38°.

Observation N° XXVII — 1929/1424.

Madame Wu.-Ma.... C. G. O. Entrée 9 décembre 29. 24 ans.

Parité III: — 1925 — A.N.T. enfant mort le deuxième jour.

1927 — A. N. T. enfant vivant.

Antécédents: mère morte de pneumonie (Tbc?) il y a neuf ans.

Pulmonaires: 1922, crachats sanguinolents durant 8 jours. Rien de précis aux examens (Méd. A.). En octobre 1928, anorexie, asthénie, douleurs scapulaires. 9 août 29: Séjour au sanatorium. *Pneumothorax artificiel gauche.* Bon état depuis.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles fin octobre. Gr. septième semaine.

2) *Pulmonaire: Radiographie. A gauche pneumothorax artificiel. A droite lésions tuberculeuses assez étendues, prononcées surtout dans la région hilaire.*

Discussion: (Méd. B.) vu la tuberculose bilatérale et la situation de la malade, l'interruption est indiquée.

Interruption: en 2 temps. Pose d'une laminaire; le lendemain, curage, curettage, tamponnement.

Suites: apyrétiques. Part le huitième jour.

OBSERVATION N° XXVIII — 1930/41

Mlle Cor... Jeanne. C. G. O. 2 janvier 30. — 20 ans. Employée du bureau, primipare.

Antécédents: pr. règles: 14 ans, régul. (jusqu'à l'apparition de l'affection pulmonaire, actuellement irrégulières). 8 jours, peu abond. peu doulour.

Pulmonaires: à 15 ans, pleurésie, puis tuberculose gauche. A 18 ans. thorocoplastie.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* gr. 3/4e mois.

2) *Pulmonaire:* (méd. B.). Les lésions semblent s'activer *Examen:* résection des côtes supérieures, derrières à gauche. Forte rétracture de l'hémi-thorax gauche, cœur et médiastin tirés à gauche. *Radio (Méd. B.) Infiltration moyennement dense, de petits foyers tuberculeux nodulaires dans la moitié sup. du poumon gauche, en partie calcifiée, en partie encore floue et peu opaque; de sorte que des poussées d'activité seraient encore possibles. Légère péri-bronchite dans la moitié sup. du poumon droit. De grosses trainées péri-bronchiques descendent vers le diaphragme droit avec de rares nodules lymphatiques. Diaphragme gauche aplati surélevé, non mobile.*

Discussion: Nouvelle activité: Etat général déclinant.

Interruption: Hystérotomie vaginale antérieure. Curage digital. (*fœtus tout petit, anormalement friable, hors de proportions avec la date des dernières règles; dans une forte quantité d'eau*). Curettage. Tamponnement, suture.

Suites: phlébite de la jambe gauche le quatorzième jour. Part le 39e jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire antituberculeux). 16 mai 30: Va bien, travaille toujours.

Observation N° XXIX — 1930/91

Madame Si.-Bi.... Mathilde. C. G. O. Entrée 13 janvier 30. 25 ans. Primipare.

Antécédents: pr. règles: 14 ans, régul. 5 jours, abond. doulour. Mère morte à 44 ans de pneumonie.

Pulmonaires: à 8 ans, Scrofulose. A 21 ans, tuberculose. En 1929, pleurésie gauche et nouvelle évolution à la base gauche. Sana en juillet (*phrénicectomie à gauche en décembre*).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* dern. règles 6 février 29. Gr. deuxième mois.

2) *Pulmonaire:* Sédimentation globulaire; 16, 23, 27 indiquant une activité prononcée. *Radio* (Méd. B.). *Poumon gauche, adhérences diaphragmatiques à gauche. Infiltration de l'extrême base gauche avec rétraction et déplacement du cœur vers la gauche. Zône d'infiltration de la région préhilaire gauche, avec une caverne. — Petites taches dans la région sous-claviculaire gauche. — Poumon droit: Un amas de fines taches nodulaires floues (fraîches) à la hauteur du premier et deuxième espace intercostal droit.*

Discussion: tuberculose active et évolutive.

Interruption en 2 temps, pose d'une laminaire. Le lendemain curettage. Tamponnement.

Suites: apyrétiques, part le septième jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire antituberculeux). 11 juin 30. Va bien.

Observation N° XXX — 1930/122

Madame Ru.-Ni... E. S. F. Entrée 22 janvier 30. 22 ans.

Parite II: 1929 — A. N. T. enfant vivant. (B. C. G.)

Antécédents: pr. règles 18 ans, régul. 2 jours, peu abond. peu doulour.

Pulmonaires: tuberculose pulmonaire vers le septième mois de la première grossesse.

Depuis deux mois (début de l'actuel grossesse). aggravation considérable disent les phtisiologues traitant la malade.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* der. règles 15 décembre 29. Gr. deuxième mois.

2) *Pulmonaire:* tous, amaigrissement. *Radio: Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit. Infiltration du sommet gauche.*

Discussion: L'interruption peut permettre d'arrêter l'évolution de la maladie qui, sans cela, amènera une issue fatale dans quelques mois.

Interruption: rachi-anesthésie. Dilatation aux Hégar, curage digital, curettage, irrigation à l'eau isolée chaude, tamponnement à la soude.

Suites: apygrétiques. Part le cinquième jour.

Suites éloignées (dispensaire antituberculeux) 3 mars 1930, mauvaise volonté. Pneumothorax artificiel refusé. Contact avec enfant. 21 mai 30. Se maintient. Ne travaille plus.

b) *Interruptions suivies de stérilisations*

Un cas de stérilisation temporaire.

Observation N° XXXI — 1929/828

Madame Les-Ki... C. G. O. Entrée le 5 juin 29. — 22 ans. *Partié II:* — 1928 — A.N.T. enfant vivant.

8 jours après hémoptysie de 2 jours, prolongée durant 3 semaines par des crachats sanglants. Depuis température assez élevée, transpiration, amaigrissement, anoréxie, tous expectoration surtout le matin.

Antécédents: pr. règles 15 ans: irrégul. 2/3 jours, peu abond. peu doulour.

Pulmonaires: en 1924, bronchite, séjour au sanatorium 10 semaines. En 1928, hémoptysie après le premier accouchement.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 17 février 1929. Gr. 3/4e mois.

2) *Pulmonaire:* Depuis le début de la grossesse, tousse plus Hémoptysie en avril 29. *Radio* (Méd. A). *Légère mollesse péri-*
Hémoptysie en avril 29. *Radio* (Méd. Aj. *Légère mollesse périhilaire gauche. Processus mixte dans le secteur sup. gauche, avec préparation de caverne. Plage droite libre.*

Discussion: Tuberculose évolutive chez une femme jeune ayant déjà eu un enfant. Indication d'interruption.
tion considérable disent les phtisiologues traitant la mala de stérilisation temporaire chez cette malade.

Interruption et stérilisation temporaire: Chapitre II page 65) voir la publication du professeur REEB au sujet de ce cas.

Suites: Le 3e jour, temp. 38°, puis redescend; le 10e jour, temp. 38°4, légère congestion et bronchite; le 11e jour, temp. 38°, le 12e jour, temp. 36°5/38°, (inhalations, enveloppements humides, vaccin de Wall) part le 16e jour.

11 cas de stérilisations définitives

Observation N° XXXII — 1919/358

Mme Bo.-Nu... Caroline. C.G.O. Entrée le 30 avril 1919. 36 ans.

Parité XII: 1902 — A.N.T. enfant vivant.
1904 — Accouch. prématuré, 8e mois. Enfant mort à 3 mois 1/2.
1905 — A.N.T. enfant vivant (catarrhe pulmonaire).
1906 — Accouch, prématuré 8e mois. Enfant mort.
1907 — Accouch. prématuré, 8e mois. Enfant mort à 4 mois.
1908 — Accouch. prématuré 7e mois. Enfant mort.
1909 — Accouch. prématuré 8e mois. Enfant mort à 6 mois.
1910 — Avortement du 2e mois.
1913 — A.N.T. Enfant vivant mais maladif.
1914 — Accouch. prématuré 8e mois. Enfant vivant.
1917 — Avortement du 4e mois.

(Donc sur 11 grossesses, 4 enfants vivants dont 2 malades.)

Antécédents: Premières règles 15 ans, régul. 4 semaines, 3/4 jours, pertes fortes depuis 2 ans, non douloureuses.

Pulmonaire: A 22 ans, hémoptysie, tousse et crache depuis. A 31 ans, pleurésie gauche. Depuis le début de l'actuelle

grossesse, toux augmentée, amaigrissement, fatigue, temp. subfébrile, quelques hémoptysies.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dern. règles 8 janvier 1919. Gr. 4e mois.

2) *Pulmonaire:* Matité des 2 sommets plus prononcée à gauche. Respiration rauque, sur le sommet gauche, avec bruits sibilents et quelques craquements. *Radio* (Méd. A). *Tuberculose pulmonaire, ancienne, très étendue du poumon gauche, et quelques infiltrations du poumon droit avec sclérose interlobaire.*

Discussion: Considérant l'étendue de cette affection, l'intervention et la stérilisation est indiquée (Méd. A) d'autant plus que la malade a été 11 fois enceinte, a 4 enfants dont 2 malades, donc intérêt de la mère et des enfants.

Interruption et stérilisation: Anesthésie au chloroforme. Hystérotomie abdominale avec résection des trompes.

Suites: Les jours suivants, exaspération des symptômes pulmonaires: A quitté le seizième jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire antituberculeux.) 1928, lésions inactives. 1929, en juin, se maintient, est parfois oppressée.

Observation N° XXXIII — 1919/359

Mme Sch.-Sch... Marie. C.G.O. Entrée 8 mai 1919. 35 ans. Couturière.

Parité VIII: 3 enfants bien portants, 4 morts vers le neuvième mois.

Antécédents: Premières règles 14 ans, régulières, 4 semains, 3 jours, moyennes, indolores.

Pulmonaires: A 28 ans, pleurésie (thoracenthèse). Reste mal portante depuis. A partir de la cinquième grossesse, et après la pleurésie, mauvais état général durant chaque grossesse. Affaiblissement, sueurs nocturnes, amaigrissement considérable, fièvre vespérale, fortes expectorations, évanouissements.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 27 décembre 1920. Gr. 4e mois.

2) *Pulmonaire:* Depuis le 27 octobre, se sent très mal.

Examen: Matité du sommet à droite, respiration tubaire; plus bas, respiration alvéolaire. *Radio: A droite, infiltration*

très dense, en partie confluente dans le lobe supérieur. Forte travée du hile. Adhérences péricardo-diaphragmatiques. A gauche, dans le lobe supérieur foyers tuberculeux moins opaques qu'à droite et plus espacés. Quelques traînées descendant au diaphragme. (Tuberculose disséminée des deux lobes supérieurs.)

Discussion: Femme de 35 ans, ayant plusieurs enfants, atteinte d'une tuberculose évolutive des 2 poumons.

Interruption et stérilisation: Anesthésie au chloroforme. Hystérotomie abdominale et ablation des trompes.

Suites: Vomissements le dix-septième jour et douleurs abdominales. Part le trentième.

Suites éloignées. (Fiche du dispensaire anti-tuberculeux.) En 1925, lésions pulmonaires gauches cicatrisées. Lésion pulmonaires droites inactives. Janvier 1930: va bien, tousse de temps en temps. 13 mai 1930: Est en traitement pour appendicite.

Observation N° XXXIV — 1920/54a

Mme De.-Du... Marguerite. E.S.F. Entrée 19 janvier 1920. 26 ans. Commerçante. 3e pare.

Antécédents: Premières règles 13 ans, régulières.

Pulmonaires: Il y a 2 ans, pneumonie. Tousse depuis, est en traitement au sanatorium depuis 35 jours.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 16 novembre 1930. Gr. 2e mois.

2) *Pulmonaire: Radio: Lésions fibro-caséeuses du lobe supérieur du poumon gauche.*

Discussion: Etant donné l'aggravation que la grossesse va donner à la maladie et l'état précaire de la malade qui ne pourra jamais supporter une autre grossesse, qui d'autre part a déjà des enfants, l'interruption suivie de stérilisation est indiquée.

Interruption et stérilisation: Hystérotomie abdominale et résection des trompes.

Suites: Le lendemain, 37°8. Part pour le sanatorium le 15e jour.

Observation N° XXXV — 1920/1224

Mme Ar.-Gr... E.S.F. Entrée: 26 ans. 5e pare.

Antécédents: Tuberculose pulmonaire.

Interruption et stérilisation: D'une grossesse au 3e mois. Hystérotomie abdominale, ablation des annexes droites, résertion partielle de la trompe gauche.

Cette observation n'a pu être retrouvée et les renseignements ci-dessus proviennent du livre d'opération (n° 168). Doit cependant figurer ici pour la rigueur de la statistique.

Observation N° XXXVI — 1923/498a

Mme Wa.-Ka... Lina. E.S.F. Entrée: 25 avril 1923. 30 ans.

Parité II: 1922 — A.N.T. (avril).

Antécédents: En 1917 et 18, grippe. Pas d'autres maladies. Premières règles 13 ans, irrégulières, 10 jours, abondantes.

Pulmonaires: Symptômes pulmonaires depuis le dernier accouchement. Fatigue au moindre travail. Faiblesse. Douleurs dans le dos. Toux matin et soir, surtout au lit.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dern. règles 20 février 1923. Gr. 2e mois.

2) *Pulmonaire: Radio* (Méd. A). *Irrégularité et diminution des mouvements du diaphragme gauche (adhérences pleuro-diaphragmatiques à gauche). Hiles très élargis et densifiés, principalement le hile droit qui s'étend vers le haut et le bas.*

Marbrures dans les sommets droits et dans la région sous-claviculaire droite.

Faisceaux de condensation nombreux entre le hile et le sommet droit.

Sommet gauche nuageux et granité; tractus ramifié discret entre le hile et le sommet gauche.

(Tuberculose parenchymateuse du sommet droit et de la région sous-claviculaire droite.

Tuberculose péribronchique parenchymateuse des parties médianes du lobe droit supérieur.

Tuberculose discrète du sommet gauche.

Tuberculose péri-bronchique entre le hile et le sommet gauche.)

Discussion: En présence de lésions bacillaires manifestes cliniquement et radiologiquement, une interruption de la grossesse semble indiquée (Méd. A).

Interruption et stérilisation: Anesthésie générale au chloroforme. Amputation fondique. Excision de l'œuf. Ligatures, sutures.

Suites: Simples, fièvre les deux premiers jours. Sortie le treizième jour, cure de la tuberculose.

Suites éloignées (fiche du dispensaire antituberculeux) 11 février 1927: Radio, pas de signes de tuberculose active. Etat général assez bon. 23 février 1927: Sortie du dispensaire, considérée sans doute commme guérie.

Observation N° XXXVII — 1923/955

Mme Kr.-La... Pauline. C.G.O. Entrée 19 septembre 1923. 38 ans. Ouvrière.

Parité II: 1906 — Accouch. gémellaire, enfants bien portants.

Antécédents: Premières règles 15 ans, un intervalle de six mois, puis régulières, 4 semaines, 4/5 jours, peu abondantes, peu douloureuses.

Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire. Depuis 1918 tousse. A des points de côté. Depuis le début de la grossesse actuelle, est plus dyspnéique. Tousse et crache beaucoup. Temp. subfébrile, état général médiocre.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 12 mai 1923. Gr. 4/5e mois.

2) *Pulmonaire:* (Méd. A) *Infiltration fibreuse du sommet gauche avec quelques petites cavernes dans le lobe supérieur gauche. Cortico-pleurite de la base gauche. Tuberculose du sommet droit.*

Au lobe supérieur gauche, forts souffles à timbre métallique après la toux. A la base gauche, obscurité respiratoire avec râles moyens superficiels. Au sommet droit, rudesse respiratoire avec quelques râles fins.

La radio confirme ces observations.

Cœur déplacé à gauche, et gêné par des adhérences d'une pleurésie médiastinale.

Discussion: Tuberculose en évolution justifiantt l'interruption. (Méd. A.) Une amélioration faisant espérer la possibilité d'une grossesse ultérieure paraît exclue. La stérilisation est donc indiquée.

Interruption et stérilisation: Hystérotomie abdominale. Ablation des trompes et excision des cornes.

Suites: La temp. monte progressivement jusqu'à 39° le sixième jour. Expectoration abondante. Reste ensuite autour de 37°. Part le 36e jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire antituberculeux.) 26 mars 1923. Etat pulmonaire stationnaire. 25 septembre 1924. Mort.

OBSERVATION N° XXXVIII — 1924/278

Mme Do-Pe... Marthe. C.G.O. Entrée 27 février 1924. 31 ans.

Parité XII: Premier mariage.

1913 — Accouchement prématuré 7e mois, enf. mort.
1914 — Accouch. prématuré 7e mois, enf. mort.
1915 — Accouch. prématuré 8e mois, enf. mort.
1916 — A.N.T. enfant vivant.
1918 — A.N.T. enfant mort à un an et demi de méningite.
1919 — A.N.T. enfant vivant.

Second mariage

1920 — A.N.T. enfant vivant.
1921 — Avortement 3e mois.
1922 — A.N.T. enfant vivant.
1922 — Avortement 3e mois.
1923 — Avril — *Interruption thérapeutique d'une grossesse du deuxième mois pour affection pulmonaire.*

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 20 décembre 1923. Gr. 3e mois.

2) *Pulmonaire:* Depuis le début de cette grossesse, fatigue, tendances syncopales, toux plus fréquente, amaigrissement, expectoration jaunâtre, transpiration nocturne, douleurs entre les deux omoplates. Poumon gauche, râles humides en avant et en arrière. Poumon droit obscurite respiratoire et peu de râles.

Radio (Méd. A). *Sommet gauche et région sous-claviculaire gauches: marbrures. A droite: arborisation entre le hile et le sommet droit. (Lésions évolutives à gauche et lésions plus fibreuses à droite.)*

Discussion: Grande multipare ayant plusieurs enfants. Tuberculose évolutive. A déjà dû subir une interruption l'année dernière.

Interruption et stérilisation: Anesthésie au chloroforme (on s'abstient de rachi-anesthésie, la femme ayant souffert souvent de céphalées) Hystérotomie abdominale, excision des trompes. Ablation des annexes droites (l'ovaire portait une petite tumeur fibromateuse).

Suites: Les jours suivants: La température monte pour atteindre 40° le 4e jour, oscille ensuite entre 38°4 et 39°4. Quitte le service le dixième jour (va en médicale).

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire anti-tuberculeux.) 24 octobre 1925. Mort.

Observation N°XXXIX — 1924/1289

Mme Go-So... Paula. C.G.O. Entrée 22 octobre 1924. 29 ans.

Parité III.

Antécédents: Voir obdervation n° 13 (page 75).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 28 août 1924. Gr. 2e mois.

2) *Pulmonaire:* Temp. subfébrile. Aux poumons, matité du sommet gauche jusqu'à la région hilaire; matité de la fosse sous-claviculaire droite; rudesse respiratoire avec quelques râles fins en arrière. Matité du sommet droit en arrière et rudesse respiratoire.

Radio (Méd. A). *Marbrures et mouchetures dans le lobe supérieur gauche avec légère rétraction. A droite, arborisation péri-hilaire, et entre le hile et le sommet. (Tuberculose nodulaire du lobe supérieur gauche, tuberculose péri-bronchique à droite, lésions en évolution.) (Méd. B.)*

Discussion: L'état pulmonaire est sensiblement le même depuis la dernière grossesse il y a deux ans; il serait même plus avancé. La tuberculose est active; il n'est plus possible

que la femme ait encore des enfants après une guérison complète.

Interruption et stérilisation: Hystérotomie abdominale, excision des cornes.

Suites: Normales: Part le huitième jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire anti-tuberculeux.) 1927, février. Mort.

Observation N° XL — 1928/653a

Mme We.-Wi... E.S.F. Entrée 22 mai 1928. 27 ans.

Parité II: 1924 — A.N.T.

Antécédents: Père mort de tuberculose pulmonaire. Premières règles 17 ans, 4 semaines, 4 jours, ni douloureuses, ni abondantes.

Pulmonaires: Affection pulmonaire depuis 1920. Depuis des années tuberculose des moitiés supérieures des deux poumons. Hémoptysies à répétitions assez intenses.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 31 mars 1928. Gr. 2e mois.

2) *Pulmonaire: Radio* (Méd. B). *Gros ganglions hilaires calcifiés. Infiltration tuberculeuse assez dense, fibreuse, lobe supérieur gauche avec quelques petits nodules. Quelques foyers assez gros dans le lobe supérieur droit. Adhérences, pleuro-péricardiques à gauche (tuberculose fortement fibreuse, mais sans doute encore active aux deux poumons).*

Discussion. Etat général médiocre. Hémoptysies répétées. La moitié des deux poumons étant atteinte, on craint que la grossesse ne fasse empirer l'affection pulmonaire (Méd. B).

Interruption et stérilisation: Anestésie générale à l'éther. Fondectomie intéressant les deux parties angulaires.

Suites: 38°2 le deuxième jour. Part le treizième.

Observation N° XLI — 1928/947a

Parité VI: 1915 — A.N.T. enfant pulmonaire.
1916 — A.N.T. enfant bien portant.
1918 — A.N.T. enfant bien portant.
1920 — A.N.T. enfant mort à 2 ans de pneumonie.
1922 — Avortement 2 mois 1/2.

Antécédents: Premières règles 13 ans, régulières, non abondantes, non douloureuses.

Pulmonaires: Début d'une tuberculose. Cure au sanatorium en 1921 et 1922.

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 1 mai 1928. Gr. 2 mois 1/2.

2) *Pulmonaire:* Temp. atteignant 36°. Anoréxie, amaigrissement, crachats bacillifères. *Radio* (Méd. B).

Discussion (Méd B). Tuberculose évolutive. A trois enfants vivants. Ne pourra mener sa grossesse à terme dans de bonnes conditions.

Interruption et stérilisation: Rachi-anesthésie (scurocaïne). Fondectomie. Ablation des trompes.

Suites: Temp. au-dessous de 37° à partir du neuvième jour, part le vingtième.

Observation N° XLII — 1928/951a

Mme Ri-Dé... Aline. E.S.F. Entrée 2 août 1928. 29 ans. 6e pare.

Antécédents: Vois obs. N° XXI (page 94).

Etat actuel: 1) *Obstétrical:* Dernières règles 3 juin 1928. Gr. 2e/3e mois.

2) *Pulmonaire:* Nouvelle cure au Sanatorium au printemps. Etat général: Mauvais. Amaigrissement, toux et expectoration peu abondantes. Temp.: 36°7 à 37°2. *Auscultation:* A droite: Au lobe supérieur, respiration rude, soufflante, expiration prolongée, nombreux râles sous-crépitants sur la moitié supérieur du poumon. A gauche: respiration rude au sommet. *Radio: A droite, infiltration fibro-caséeuse du lobe supérieur avec formation d'une caverne au niveau de la clavicule* (*simples marbrures en* 1927). *A gauche, infiltrations fibro-nodulaires du lobe supérieur* (marbrures légères en 1927).

Discussion: Progrès de la maladie depuis la dernière interruption. Progrès depuis le séjour au sanatorium, il y a quelques mois.

Interruption et stérilisation: Rachi-anesthésie parfaite (syncaïne). Fondectomie.

Suites: Simples. Part le dix-septième jour.

Suites éloignées: (Fiche du dispensaire anti-tuberculeux.)

27 mai 1930. Cure à Neuenberg. Assez bon état général mais dépression morale.

On voit qu'en général, n'ont été stérilisées que des femmes:

présentant une indication d'interruption, à laquelle s'ajoute un état pulmonaire assez grave pour la mettre dans l'impossibilité de supporter jamais aucune autre grossesse,

ayant dépassé la trentaine,

ayant des enfants, certaines multipares fécondes,

une situation sociale peu élevée, ne permettant aucune amélioration en dehors de ce mode de traitement,

consentantes, ainsi que leurs maris, à une stérilité future sans ménopause opératoire (certificat signé par eux).

Les contre-indications ayant été:

1° des femmes sans enfants, jeunes, non mariées,

2° des malades pouvant supporter facilement un curettage, mais non une laparotomie.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET VUE D'ENSEMBLE SUR CES CAS

Notre attention une fois attirée sur les différents problèmes que soulève le complexe tuberculose et grossesse, que nous suggère l'étude de nos 42 observations?

Influence de la tuberculose sur la grossesse:

1° Très souvent les malades qui nous sont envoyées ont vu leur état s'aggraver à la suite d'une grossesse précédente, ou depuis le début de l'actuelle. Un bon nombre de ces aggravations étant confirmées par les examens radiologiques successifs.

2° Les conclusions adoptées par le rapporteur du Congrès de Bruxelles, qu'il considère comme la base de toute thérapeutique, et qui résultent de tous les travaux publiés jusqu'à ce jour, sont les règles qui depuis plus de 10 ans nous servent, à Strasbourg, de ligne de conduite pour décider de nos interruptions.

L'Avortement thérapeutique:

1° Dans quelles proportions nos résultats le légitiment-il au point de vue scientifique? Cette statis-

tique, et surtout le nombre de cas que nous avons pu suivre est bien réduit pour conclure. Il y a quelques années, CZACKES qui avait étudié durant 5 ans, les tuberculeuses de la Clinique Obstétricale et Gynécologique de la Faculté, concluait (*Sur* 40 *malades, dont* 36 *retrouvées,* 14 *interruptions*): dans les interruptions à 65 % de survie. A la fin de ce chapitre, on verra d'après les malades retrouvées que nous avons plus de la moitié de bons résultats; un certain nombre d'échecs étant, de plus, attribuable à la misère.

2° Il serait faux de croire que notre situation très spéciale nous ait fait subir l'influence interventioniste allemande. Notre «interventionisme» si relatif (42 interruptions pour environ 140 tuberculoses sur environ 34.250 gestations, dans une contrée où cette maladie est particulièrement développée) est guidé pour la moitié environ par les indications du professeur MERKLEN, de l'Ecole de Paris.

La Thérapeutique Conservatrice:

1° *Diététique, climathérapie, hygiène.* Que peut-on faire dans cet ordre d'idée pour les malades comparables aux cas XIII (note p. 75), XVI (logement insalubre où vivent 2 personnes avec 384 Fr. par mois). XXVIII (loyer de 110 Fr.; 5 personnes vivants avec 450 Fr. mensuels). XXXII (9 personnes dans 4 pièces insalubres, vivant avec 920 Fr. mensuels) XXXIII (4 personnes, assez fort loyer, 540 Fr. mensuels), XXXVIII (4 pièces, 2 personnes et 5 enfants avec 4 à 500 Fr. mensuels)? Les œuvres antituberculeuses, si développées ici, n'y suffisent pas. Et toutes nos malades sont de la même classe. La moitié de nos cas de

morts au moins auraient été évitée avec un peu moins de misère.

2° *Collapsothérapie.* — Malgré des traitements de cet ordre, un certain nombre de nos malades ont dû subir une interruption de grossesse. Cas XXIX phrénicectomie, — XXVIII, thoracoplastie, — XXVII, XXV (abandonné, après épanchement purulent), XXIV, XVII, IV, (pneumothorax vertificiels).

Les produits de tuberculeuses:

Il est intéressant de voir le petit nombre d'enfants survivants chez les multipares tuberculeuses cas: V, 4 vivants sur 10 grossesses, XXI: 2 vivants sur 4 grossesses. XXXII: 4 vivants, dont 2 malades, sur 11 grossesses. XXXVIII, 4 vivants sur 10 grossesses. XLI: 3 vivants dont 1 pulmonaire sur 5 grossesses.

Nos cas:

Donc de novembre 1918 à Juillet 1930, nous avons opéré dans les deux cliniques les cas suivants.

Total

40 malades, qui ont subi ces interventions pour tuberculose compliquée de grossesse;

30 avortements thérapeutiques ont été exécutés;

11 avortements suivis de stérilisation (2 des malades ayant déjà subi une interruption dans nos services);

1 avortement suivi de stérilisation temporaire.

Parité

Seules 9 de ces interruptions simples ont dû être pratiquées sur des primipares; dont *une* de 33 et

une de 35 ans; et *sept* assez jeunes pour pouvoir avoir de nouvelles grossesses.

Sur ces 7, *trois* n'ont pu être retrouvées;

deux, opérées il y a 4 et 5 mois vont bien, mais il faut un peu de recul;

une, est morte 13 mois après (cure de sana refusée);

une, au bout de 2 ans 1/2 présente une guérison apparente.

Toutes les autres interventions (42—9) soit 33 ayant été pratiquées sur des multipares.

STATISTIQUE:

Sur ces 40 malades, le dispensaire antituberculeux de Strasbourg a pu nous renseigner pour 19 (1):

Soit: **XII Avortements**

(en plus de ces 12 il y en a 2 qui aprés 2 ans $^1/_2$, et après 1 an ont été stérilisées et se retrouvent dans les stérilisations)

et **VII Stérilisations**

Des VII stérilisations suivies:

3 MORTS

1 morte après un an (39 ans)
1 „ „ un an et demie (33 ans) - misère. -
1 „ „ deux ans„ „ - misère - (avait 2 ans auparavant subi une interruption)

1 AMÉLIORATION

1 va assez bien après pas tout à fait 2 ans. (moins d'un an avant avait été avortée thérapeutiquement)

3 GUÉRISONS

1 (IIe pare) après presque 4 ans.
1 (XIIe pare) „ 10 ans.
1 (VIIIe pare) „ 11 ans.
présentent toutes une guérison apparente.

Des XII avortements suivis:
(dont 4 des primipares)

3 MORTS

(Dont une longue survie)
1 morte après 13 mois (primi.) cure sanatoriale refusée.
1 „ „ 1 an ½ (à 35 ans)
1 „ „ 3 ans 8 mois (misère)

5 GUÉRISONS

1 cas vu après 22 mois — guerison apparente (mariage)
1 „ „ „ 2 ans ½ — „ „ (primi)
1 „ „ „ 3 ans 3 mois (refuse un nouveau pneumot.)
1 „ „ „ 7 ans (état stationnaire)
1 „ „ „ 8 ans (XIIe pare) guerison app.

4 ?

(cas dont on ne peut tirer nulles conséquences, l'un étant compliqué, les trois autres trop proches de nous.)
1 cas interrompu il y a 31 mois.

refusé il y a 13 mois (quand la malade a présenté une nouvelle gr. 1 an 1/2 après l'intervention la tbc était trop grave) Fut, peut-être, avortée au dehors. (Obs. B),

1 cas interrompu il y a 4 mois (primi)
1 „ „ „ 4 mois (refuse de se soigner)
1 „ „ „ 6 mois (primi)
pas assez de recul pour juger.

Statistique trop faible pour baser, la-dessus des pourcentages qui dépasseraient les 50% de guérison ou d'amélioration (Stéril. 57,15% de guéris. ou amélior.) (Avort. 62,5% de guéris.).

---

(1) Le pays frontière que nous sommes, et le flottement de la population survenue dans les premières années après la guerre expliquent le pourcentage réduit de malades retrouvées.

CONCLUSIONS.

1° La grossesse aggrave la tuberculose dans presque tous les cas.

2° A l'Ecole de Strasbourg, nous sommes interventionnistes éclectiques.

Chaque cas est discuté individuellement d'après toutes les données cliniques. En général comme limite d'interruption nous fixons trois mois; exceptionnellement nous prolongeons cette limite de 4 semaines.

3° Nous préconisons autant que possible la thérapeutique médicale. Dans nos cas interrompus, nous nous en servons comme adjuvants.

4° De nos jours, il faut admettre un certain nombre de cas nés tuberculeux d'une mère tuberculeuse par transmission placentaire de virus filtrants. Mais néanmoins, les idées du début de ce siècle, sur la transmission post-natale par contact, sont toujours respectées dans notre conduite. De plus, nous employons la vaccination par le B. C. G.

5° Comme méthode d'interruption, nous adoptons dans les premières semaines le curettage. Dans les grossesses plus avancées, l'hystérotomie vaginale antérieure; et l'hystérotomie abdominale s'il y a contre-indication à la première.

6° Pour la stérilisation, nous la pratiquons en général en même temps que l'interruption, par fondectomie axec excision des trompes. Nous sommes

contre la stérilisation vaginale, qui doit être considérée comme mesure d'exception.

7° Nous admettons la stérilisation temporaire chirurgicale, mais nous n'avons pas une longue expérience.

8° Tout cas dépassant les quatre mois est refusé. Seules les tuberculoses évolutives qui ont une bonne chance d'amélioration ou de guérison sont interrompues.

9° En somme, notre fréquence d'interruption pour tuberculose pulmonaire de 42 cas sur 34.250 gestations soit 0,12% prouve que nous n'intervenons que sur des indications très strictes.

10° On ne peut conclure de la légitimité de l'avortement thérapeutique pour tuberculose sur une statistique aussi réduite.

Vu:	Vu:
Le Président de Thèse,	Le Doyen de la Faculté,
Prof. REEB.	Prof. ANCEL

Vu et permis d'imprimer:
Le recteur de l'Académie de Strasbourg
Chr. PFISTER.

BIBLIOGRAPHIE

ANDLER: Tuberculose pulmonaire et fonctions de reproduction. Thèse de Paris 1927.

ARNOULD: Pronostic général de la tuberculose pulmonaire (*Presse médicale* 19 janvier 1921).

— La mortalité tuberculeuse du sexe féminin (*Revue de la tuberculose* t. III n° 2 1922).

BAR ET DEVRAIGNE: La sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine. *Revue mensuelle d'Obst. et de Gynécol.* avril 1905.

BAR: Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose (VII Congr. de la tuberculose, Rome 1912).

— De la tuberculose compliquée de grossesse (Conférence à la Faculté de Madrid 14 avril 1921).

— Tuberculose et gestation (*Bulletin de l'Acad. de Méd.* n° 37, 14 novembre 1922, n° 42 19 décembre 1922).

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT: La pratique de l'art des accouchements.

BARBIER: A propos de l'atrophie du nourrisson (*Journal de Médecine et chir. pratique* 122, p. 463).

BAYLE: Traitement médical de la tuberculose dans la grossesse (Concours Médical 12 février 1928 p. 398).

BENDOVE: The circulatory Changes in Artificial pneumothorax (*Amercian Review of tuberculoses* 8. 1925).

BERARD et DUMAREST: Les applications des méthodes chirurgicales au traitement de la tuberculose pulmonaire (Rapport au 6e Congrès national de la Tuberculose à Lyon).

Bernard: Tuberculose pulmonaire et gravidité. (Soc. d'obs. et gynéc. de Paris, 23 mai 1921).

— Gestation et Tuberculose (*Presse Médicale* 16 novembre 1921).

— Rapport de la tuberculose et de la grossesse (*Bull. Acad. de Méd.* n° 42, 10 décembre 1922).

— Relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité (*Paris Médical* 6 janvier 1923).

Bernard: Vaccination BCG. et mortalité tbc. à la Crèche Lænnel. Acc. Med. 18 juin 1929.

Bernard et Nelis: Les travaux français récents sur la filtrabilité du virus tuberculeux et le problème de l'hérédité tuberculeuse (*P. M.* 8 juin 1927) (1).

Bertier: Traité de pathologie de Sergent (Tb. I, p. 273).

Bessesen Alfred N. and Bessesen Daniel H.: Prégnancy with complications case reports tuberculosis (*Virginia Med. Monthly* n° 921, March 1929, p. 893).

Bezancon: La période mensturelle chez les tuberculeuses. (*Bull. Méd.* 1913, n° 83).

Bosc: Grossesse et pneumothorax artificiel (*Gazette médicale du Centre,* 15 septembre 1922).

Bossi: Tuberculose et gravidité (Réunion de l'Université de Gène, juin 1918 et Congrès de Rome 1912).

Bouffe de Saint-Blaise: Tuberculose et Gravidité (Soc. d'obst. et gyn. 18 juin 1921).

Boursier et Farjes: Avortement thérapeutique pour tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose larygnée non ulcéreuse (Soc. d'obstétrique et gynécol. de Bordeaux, 1er juin 1926).

Brac: Cité par Weinberger.

Brindeau: Tuberculose et gravidité (Soc. d'obs. et gynéc. 18 juin 1921, Congrès de Genève 1923).

Brindeau — Cartier — Perseto de la Rocca: Transmission au cobaye de tuberculose par liquide cephalo-rachidien (*Annales de l'Académie de Médecine,* 11 *février* 1930).

Bué: Rapport au Congrès de Lyon. Gyn. et Obst. 1929 t. 2.

(1) P.M. Abréviation de Presse Médicale.

Calmette — Valtis — Lacomme: Transmission intra ut. de virus tuberculeux de la mère à l'enfant (P. M. 10 novembre 1926).

Calmette: Le BCG en France du 1er juillet 1924 au 1er juillet 1928 (et communications antérieures) P.M. 7 septembre 1928.

— Résultats de la vaccination BCG. PM 15 mai 1929.

Calmette — Couvelaire — Valtis — Lacomme: Tuberculose provoqué chez le cobaye par injection de liquide amniotique (*Académie de médecine* 20 juillet 1929).

Calmette: La vaccination par le BCG, son innocuité et ses effets sur la réduction de la mortalité générale infantile (PM 18 janvier 1930).

— Le virus tuberculeux, granulémie prébacillaire et bacillose (PM 19 mars 1930 — Ac. Méd. 18 mars 1930).

— Au sujet des accidents de Lubeck chez des nourrissons vaccinés par le BCG. (PM. 31-5-30).

Charrin: Le rôle des substances solubles dans la transmismission des tares pathologiques des ascendants (*Semaine Médicale* 1902, p. 413).

Chaussinand: La vaccination contre la tuberculose par le BCG (Thèse de Strasbourg 1930).

Cleisz: Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité (*Gyn. et Obst.* t. VII, n° 2, 1923).

— Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation (*Gyn. et Obst.* t. VII, n° 3 1923).

Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française:

1er Congrès de Rome 1902.

2e Congrès de Padoue 1903.

3e Congrès de Genève en août 1923 (*Gyn. et obst.* Tome VIII, 1923).

5e Congrès de Lyon 1927 (*Gyn. et obst.* Tome XVI, 1927).

6e Congrès de Bruxelles 1929 (*Gyn. et obstr.* Tome XX, 1929).

Congrès de la tuberculose de Lausanne 1923 (PM 23 avril 1927).

Cornet: Die Tuberkulose (Vienne 1907 — I Halfte p. 473).

COUVELAIRE: Rapport de la tuberculose et de la gravidité (*Soc. Obst. et de Gyn. de Paris,* 18 avril 1921, p. 216).

— Protection médicale et sociale de la femme enceinte (Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obst., de langue française, octobre 1921. *Gyn. et obst.* 1921, t. IV, p. 535-538).

— Avenir des enfants de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire (*Soc. Obst. et de Gyn. de Paris,* novembre 1923, p. 469).

— Rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile (Rapport au VI[e] Congrès de la mor-

— Une maternité pour tuberculeuses (serv. annexé à la Clinique Baudelocque — *Gyn. et Obst, juin* 1926, *n°* 6).

— Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. *Acad. de Méd.* 23 novembre 1926.

— Tuberculose et fonctions de reproduction chez la femme (*Tub. Méd.,* mais 1927, p. 193).

CZARZKES: Maternité et Tuberculose. Thèse de Strasbourg 1926.

CRISOLLE: De l'influence que la Gr. et la tb. exercent l'une sur l'autre. (Ann. Gen. de Med. t. XXII. 1850).

DEBRE et LELONG: Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse (1925 *Annales de Médecine*).

DROLET: The inheritance factor in tuberculosis predisposition or immunity (*the american rev. of. tuberculosis* 3 novembre 1924).

DUMAREST et BRETTE: Grossesse et tuberculose (*Presse médicale,* 21 juin 1922).

— Rapports de la grossesse et de la tuberculose (*Bull. de l'Acad. de Méd.,* t. LXXXIII, n° 31, 3 octobre 1922).

DUMAREST: La tuberculose pulmonaire et la grossesse (*Monde médical* 1924, n° 655).

FORSSNER: Rapport à la conférence de Lausanne 1924 (*Revue de la Tuberculose,* 1924, n° 6).

FRISCHBIER: Cité parWeinberger.

FRUHINSHOLZ: Avortement thérapeuthique et tuberculose pulmonaire (*Rev. Méd. de l'Est,* 46 année, t. LI, n° 7).

FRUHINSHOLZ et FEUILLARD: Tuberculose génitale et puerpéralité (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris,* 1924, XIII,

Fuller: Contr. à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec la gravidité et la puerpéralité (Thèse de Paris 1927, N° 248, Vigot, éditeur, Paris).

Guendon: Pneumothorax art. pratiqué successivement des deux côtés pour tuberculose pulmonaire. Gr. normale intercurrente (Gazette médicale de Nantes, 15 avril 1924), *Gyn et Obst.* 1924, Tome X, p. 379.
médicale de Nantes, 15 avril 1924), *Gyn. et Obst.* 1924, Tome X, p. 379.

Hutchinson: Tuberculosis and pregnancy (*Minnesota Medicina* n° 4, avril 1929, p. 211).

Hartemann: Le malaise de l'Avt. thérapeutique (Thèse de Nancy 1926, *Gyn. et Obst.* Tome XIV, n° 6, décembre 1926).

Hergott: Discussion sur la tuberculose et la gestation (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 22 novembre 1922).

Herve et Roussel: Gestation et tuberculose (Conférence internationale de la Tuberculose, Lausanne 1924 (Sanatorium des Pins, La Motte Beuvron).

Hopkins John's: Voir Bernard.

Hornung: *in Soc. Obst. et gyn. Berlin.* 1929.

Hutchinson: Tuberculosis ans pregancy (*Minnesota Medicina*

Halban — Seitz: Biologie et Pathologie des Weibes. Voir Reuss — Weinberger — Winter.

Jousset: Ce qu'il faut penser des nouvelles conceptions sur la tuberculose (P.M. 21 mai 1930).

Klemperer: In *Société gyn. et obst. de Berlin* (8 mars 1929).

Kuss: Tuberculose pulmonaire et gestation (*Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 8 janvier 1922).

Lacomme: Une maternité pour tuberculeuses annexée à la clinique Baudelocque (Thèse de Paris 1926).

Landouzi: Hérédité tuberculeuse de graine et état diathésique (*Revue de Méd.* 1891, p. 411).

Landouzi — Rapport à la IX[e] Conférence internationale contre la tbc. (Bruxelles 1910).

Lasegue: De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose (Thèse de Paris 1880).

Lelong: L'enfant issue de parents tuberculeux (Thèse de Paris 1925).

LEURET et CAUSSIMON: Les fièvres menstruelles de la tub. pul. (*Revue de la tuberculose* 1925, p. 689).

LÉVY — SOLAL — OUMANSKY et JEANNET: Transmission intra-utérine du Virus tuberculeux de la mère à l'enfant.. *Soc. Obst. et Gyn.* Paris, 6 janvier 1930.

MARAGLIANO: Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeuthique (*La clinica Ostetr.* 1906).

MARAFAN: Les renseignements de la cutiréaction (P.M. 22 décembre 1923).

MAZET: Tuberculose et grossesse (Thèse de Paris 1925).

— Tuberculose et grossesse. L'avortement thérapeutique (*Sté de Médecine et de Climatologie de Nice* XLVIII• année, mars-avril 1927, p. 43).

MENGE: Voir *Soc. ob. et Gyn. Berlin.*

METZGER: Tuberculose pulmonaire et état puerpéral (*Progrès Médical,* janvier 1928, p. 45).

MONKEBERG: Hérédité tuberculeuse, 22 cas. (*Soc. obs. gyn.* Paris 12 mars 1928).

MOURGUES: Tuberculose, grossesse et pneumothorax (Thèse de Toulouse 1925-1926).

MURET: Des indications de la stérilisation chez la femme. (Congrès de Bruxelles 1929).

NOBECOURT et PARAF: L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et l'allaitement (*Presse Médicale* 18 février 1920).

NORRIS et DOUGLAS: Pregnancy in the tuberculous i*The Amer. Journ. of Obst. and gyn.* n° 6 1922).

PANKOW: Cité par Weinberger.

PEARL: Voir Bernard.

PRIBOIANO — LACOMME: Sur la présence d'éléments filtrables ultravirus tuberc. dans le lait de femmes tuberculeuses, (*Soc. biol.* 9 février 1929, P.M. 16 février 1929).

PINARD: De l'avortement soi-disant thérapeuthique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation (*Bull. Méd.* 10 juin 1912, *Ann. Obst. et de Gynéc.* juin 1912).

PINARD: Rapport au Congrès d'Obst. et Gyn. de Rome 1912.

— Tuberculose et grossesse (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 21 novembre 1922).

Pissavy et Lejard: L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses (*La Presse Médicale* 1926, n° 92, 17 novembre).

— Tuberculose et avortement thérapeutique (*Presse Médicale*, 2 décembre 1926, p. 1614).

Poix: La vaccination préventive contre la tuberculose (résultat de sept années d'application, P.M. 11 juillet 1928).

Reeb: La stérilisation temp. de la femme (*La Gynécologie*, novembre 1929).

Ribemond — Dessaigne: Traité d'obstétrique 1923.

Rist: Tuberculose pulmonaire et gravidité. Sté d'obst. et de gyn. de Paris, 14 février 1921. — Rapport à la conférence de Lausanne 1924).

— Tuberculose et grossesse (*Brit. Med. Journ.* 13 août 1928, p. 247).

Rist et Coulaud: Pneumothorax bilatéral et gr. (*Section d'Etudes scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose*, 8 décembre 1928, P.M. 12 janvier 1929).

Robelin: (Thèse de Paris 1902). Modification des rejetons de mères tuberculeuses.

Rossier: Rapport au Cingrès de Genève 1923.

Sacorraposa — L'hérédité de la tbc. (PM. 21-9-29).

Scherer: *Soc. Obst. Gyn. Berlin.*

— Cité par Weinberger.

Schultze — Rhonhof: Zeitschrift für Geburtshilfe Nr. 15, 1929.

Serdukoff (Moscou): L'avortement artificiel en tant que traumatisme biologique et ses suites (*Gyn. et obst.* Tome XVII, n° 3 mars 1928).

Sergent: Tubercul. et gestation (*Soc. Obst. et de gyn.* de Paris, 8 janvier 1922, *Bull. de l'Acad. de Méd.* n° 41, 12 décembre 1922, n° 42, 19 décembre 1922 et 11 juillet 1922).

— L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses (*Presse Médicale*, novembre 1926, p. 1482).

— Traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post partum (*Paris Médical*, 2 janvier 1926, page 17).

— Grossesse et tuberculose (*Rev. pathol. comp. et hyg. gener.* 5 juin 1927, p. 623).

SERGENT, DURAND et BENDA: Tuberculose transplacentaire (*Soc. de Biol.* 2 *Juin* 28).

SERGENT, DURAND, KOURILSKY, BENDA: Le Virus filtrant tuberculeux en Clinique. P.M. 2 juillet 1930.

SIREDEY: Rapport de la tubercul. et de la gravidité (*Soc. obst. et gyn.*, 14 mars 1921 / avril 1921).

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE BERLIN, 8. III. 1929. *Zentral-Blatt für Gynekologie*, 12. X. 29, n° 41.

STŒCKEL: in *Soc. Gyn. Berlin.*

SULEC: Tuberculose und Schwangerschaft. 8° Strasbourg, 1916.

TECON: Gr. et tbc. pulmonaire. La tuberculose dans la pratique médico-chirurgicale. (*Revue suisse de médecine*, 1913).

TENKENBORG: cité par Weinberger.

TROISIER, DEVELOG, WEISS et ROUDINESCO: Sensibilité à la tuberculine provoquée chez le vieillard par le BCG. (P. M. 30. 1. 1929).

VIGNES: L'année obstétricale (1925).

VIGNES: Tuberculose et gestation (*Rev. Path. comp. et Hyg. Général.* 5 Juin 1927, p. 642).

VORON: Rapport au Congrès de Genève, 1923.

WALLICH. — Rapport de la tuberculose et de la gestation (*Bull. à l'Acad. de Méd.* N° 41 12 décembre 1922, *Soc. d'Obst. et de Gyn.* Janvier 1922).

WEIL, HALLE et TURIN. — Les réactions à l'infection tubere. des nourrissons vaccinés par BCG.

WEYMEERSCH et OLBRECHTS: Rapport au Congrès de Genève, 1923.

WEINBERG: Die Kinder der Tuberkulosen, Leipzig, 1913.

WEINBERGER Max. — Erkrankungen der Atmungsorgane und der weiblichen Generationsorgane in Halban-Seitz (Biol.-Path. des Weibes, Vol. V.).

WINTER: Die operative Geburtshilfe. Halbau-Seitz. (B. P. des

WINTER: Die operative Geburtshilfe. Halban-Seitz. (B. P. des Weibes, vol. VIII, page 27).

WOLFF-HEISNER: voir *Soc. Obs. et Gyn., Berlin.*

TABLE DES MATIÈRES

pages

AVANT-PROPOS 7

PRÉFACE 15

Première Partie.

Historique et Aperçu Général.

CHAPITRE I.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE . 19

CHAPITRE II.

L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE. 23

I. — *Historique* 23

II. — *Les objections* 24

A. *Les difficultés d'application (La loi)* . . . 24

B. *Les objections d'ordre sentimental (La religion — la morale — le civisme)* . . . 26

C. *Les objections d'ordre scientifique (thérapeutiques, physiologiques)* 28

III. — *L'évolution des idées scientifiques. — Les Congrès (Rome, Genève, Lyon, Bruxelles)* 30

IV. — *Aboutissement* 33

CHAPITRE III.

LA THÉRAPEUTIQUE CONSERVATRICE. 35

I. — *Climathérapie et diététique* 35

II. — *Collapsothérapie, — Pneumothorax artificiel*. 36

CHAPITRE IV.

LES PRODUITS DE TUBERCULEUSES. 40

I. — *Avant-terme (avortements et accouchements prématurés)* 40

II. — *A terme. ou prématurés viables* 41

A. *Avec lésions tuberculeuses* 41

B. *Sans lésions apparentes* 44

1. Les dechets 46

a) «Débilité congénitale» 47

b) Ultra-virus filtrant de Calmette . . . 49

2. Les survivants 52

a) Isolement (Maternité de Couvelaire) . 52

b) Vaccination au B.C.G. 53

Deuxième Partie.

La question de l'avortement thérapeutique et de la stérilisation en fonction de notre statistique.

CHAPITRE I.

LES PROCÉDÉS D'INTERRUPTION. 57

CHAPITRE II.

LES PROCÉDÉS DE STÉRILISATION. 61

I. — *Définitive* 61

II. — *Temporaire* 62

CHAPITRE III.

COMMENT ON REFUSE UNE INTERRUPTION 67
(Observations types)

I. — *Lésions insuffisantes (un cas de la Clinique Universitaire)* 67

II. — *Lésions trop évoluées (un cas de la Maternité)* 68

III. — *Grossesse trop avancée (un cas de la Clinique Universitaire)* 69

do. *(un cas de la Maternité)* 71

Chapitre IV.

Comment on légitime une interruption. 73

Chapitre V.

Nos cas (durant 10 ans 1/2) 78

I. — *D'interruptions simples* 78

II. — *D'interruption avec stérilisation* 101

Chapitre VI.

Considérations générales, et vue d'ensemble de ces cas. 112

Conclusions. 118

Bibliographie. 120

Imprimerie Moderne, Ch. Mossmann, Strasbourg.